М.И.Буянов

Недержание мочи и кала

ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНА
МОСКВА · 1985

М.И.Буя

Неде
мочи

Москва · Мед

М. И. Буянов

Недержание мочи и кала

Москва · Медицина · 1985

ББК 56.14
Б90
УДК

БУЯНОВ М. И. **Недержание мочи и кала.** — М.: Медицина, 1985, 184 с.

М. И. Буянов — канд. мед. наук, ассистент кафедры детской психиатрии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей.

В монографии обобщен опыт автора по изучению клинического течения и лечения недержания мочи и кала в детском, подростковом и юношеском возрасте. Приведены оригинальные классификации недержания мочи и кала, основанные на клиническом, этиологическом и патогенетических принципах. Даны развернутые рекомендации по профилактике и лечению этой патологии больных. Изложены апробированные автором психотерапевтические и другие приемы коррекции указанных нарушений. Описаны неврологические, урологические и проктологические аспекты патологии.

Монография рассчитана на педиатров, детских невропатологов и детских психиатров.

В книге 4 таблицы; библиография 95 наименований.

Рецензенты: *Д. Н. Исаев,* проф., зав. кафедрой психиатрии Ленинградского медицинского педиатрического института; *Е. И. Гусев,* проф., зав. кафедрой нервных болезней II МОЛГМИ; *И. П. Брязгунов,* докт. мед. наук, ст. научн. сотр. Института педиатрии АМН СССР.

Б $\frac{4124030600-104}{039(01)-85}$ 216—85

ОГЛАВЛЕНИЕ

Часть третья

Лечение недержания мочи и кала

ПРЕДИСЛОВИЕ

Недержание мочи и кала — расстройство, которое существует, по-видимому, столько же, сколько существует и человечество, но лишь неспециалисту может показаться, что об этих нарушениях известно все или почти все. На самом же деле, какой бы стороны проблемы недержания мочи и кала исследователь ни коснулся, он всюду обнаруживает множество белых пятен. Высказываются самые разнообразные мнения по тому или иному вопросу, причем этих мнений зачастую почти столько же, сколько и ученых, изучающих эту проблему.

Мы не ставим задачу осветить в монографии длинную и запутанную историю вопроса, изложить различные гипотезы, особенно морфологические и физиологические, или дискутировать по некоторым аспектам недержания мочи и кала. Мы далеки также от мысли дать ответы на все вопросы, неизменно встающие перед каждым, кто занимается исследованием данной проблемы. Наша цель — поделиться своим опытом по изучению клинической картины и динамики недержания мочи и кала и по вопросам комплексного лечения больных с такими расстройствами, поэтому мы стремились избегать многочисленных цифровых данных, литературных ссылок, а также разнообразных параклинических иллюстраций.

Над проблемой недержания мочи и кала работают специалисты разных профилей, поэтому мы сочли целесообразным дополнить монографию главами по некоторым неврологическим, урологическим и проктологическим аспектам, написанными специалистами.

Все замечания читателей будут с благодарностью приняты автором.

Часть первая

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И КАЛА

ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

По мнению одних исследователей, древнегреческое слово «энурез» переводится как «мочеиспускание ночью», поэтому добавление прилагательного «ночной» излишне; другие авторы считают, что термин «энурез» не указывает на время непроизвольного мочеиспускания, а лишь констатирует факт недержания мочи независимо от причины и времени суток. В «Методических указаниях по шифровке диагностических обозначений психических заболеваний детского возраста в соответствии с международной «Статистической классификацией болезней, травм, причин смерти» восьмого пересмотра», опубликованных в 1972 г. Министерством здравоохранения СССР и Всесоюзным научным обществом невропатологов и психиатров, двоякое толкование этого расстройства исключается. Выделяется лишь недержание мочи (в случае стойкого недержания мочи как ведущего или изолированного проявления), т. е. энурез (недержание мочи) неорганического происхождения и недержание кала неорганического происхождения. Таким образом, термин «энурез» можно употреблять без прилагательного, а слово «энкопрез», которым нередко обозначают недержание кала, — не использовать вовсе[1]. Поэтому мы стремились избегать латинских терминов, заменяя их более точными русскими эквивалентами. Это тем более важно, что только ночным недержанием мочи, хотя оно встречается чаще, чем дневное, эта проблема не исчерпывается. Что же касается недержания кала, то в состоянии бодрствования оно бывает чаще, чем во сне.

Однако следует ли отказываться от ставшего традиционным термина «энурез»? Нам думается, что он должен быть сохранен для больных с недержанием мочи во сне

[1] В настоящее время принята статистическая классификация болезней, травм, причин смерти 9-го пересмотра, в которой сохранены принципы рассмотрения недержания мочи и кала, принятые в этой же классификации 8-го пересмотра.

(но не в состоянии бодрствования) с обязательным указанием вида энуреза: невротический, неврозоподобный, смешанный. К тому же неврозоподобные формы непроизвольного мочеиспускания во сне неоднородны, о чем будет сказано далее.

Различное толкование термина «энурез» весьма затрудняет сопоставление данных, полученных разными авторами. В частности, Б. И. Ласков и А. Я. Креймер (1975) приводят взаимоисключающие данные о наследственности при энурезе, придерживаясь мнения, что «взгляд, согласно которому ночное недержание мочи связано с наследственной его передачей, никем не доказан». Одновременно они приводят сообщения Л. О. Бадаляна (1969) и других исследователей о большой роли наследственного фактора в происхождении ночного недержания мочи. Но о каком виде недержания мочи идет речь во всех этих случаях: психогенном, неврозоподобном, органическом?

В большинстве монографий о недержании мочи[1] изложены почти все значительные публикации по этой проблеме, что освобождает нас от их повторения и полемики. Наша монография посвящена не только энурезу как особой форме недержания мочи, т. е. недержанию мочи во сне, но и клинико-психопатологическому описанию всех наиболее часто встречающихся в практике врача видов недержания мочи и кала (главным образом у детей и подростков).

Для каждого врача основным методом исследования должен быть метод клинического анализа. Тогда не возникнет необходимость противопоставлять энурез как сугубо функциональное расстройство, т. е. невроз, недержанию мочи как наследственному, резидуально-органическому либо иному расстройству.

Разграничение нарушений на функциональные и органические, хотя и чрезвычайно условное, так как существуют разнообразные переходные формы, тем не менее на данном этапе развития науки имеет право на существование. Помимо органических (с явным анатомическим дефектом) и функциональных (в первую очередь психогенных) расстройств, существует самая большая по числен-

---

[1] Одним из первых описал недержание мочи Авиценна (980—1037 гг.). В его фундаментальном руководстве «Канон врачебной науки» есть глава «Мочеиспускание в постель», в которой указывается, что недержание мочи «у детей... нередко обусловлено глубоким сном». [Абуали Ибн Сина (Авиценна) «Канон врачебной науки». Ташкент, 1980, книга 3, том 2, стр. 338].

ности группа нарушений моче- и каловыделения, которую условно можно определить термином «дисфункция созревания» [Долецкий С. Я., 1968] и которая характеризуется диспропорцией, асинхронией либо ретардацией формирования тех или иных функций. Причин подобной патологии много, и учесть их зачастую невозможно.

Дисфункции созревания занимают промежуточное место между органическими и психогенными расстройствами, примыкая то к одним, то к другим. В частности, дисфункции созревания имеют положительную, регредиентную динамику, с годами постепенно уменьшаясь вплоть до полного редуцирования; это сближает их с так называемыми функциональными расстройствами. В то же время при дисфункциях созревания имеются многочисленные признаки дизонтогенеза и резидуально-органического поражения нервной системы, что сближает подобные нарушения с так называемыми органическими расстройствами. В широком смысле слова все признаки дисфункции созревания являются функциональными, но темп их обратимости значительно более медленный, чем при психогенных расстройствах.

Недержание мочи и кала диагностируется обычно в возрасте 3—3$^{1}/_{2}$ лет. Если к этому периоду навыки моче- и каловыделения не сформировались, ребенка следует проконсультировать у специалиста.

Можно выделить 3 основных механизма недержания мочи и кала: 1) врожденное отсутствие механизмов, способствующих появлению в будущем условного рефлекса на моче- и каловыделение; 2) медленное формирование условного рефлекса регуляции кало- и мочевыделения; 3) утрата указанного рефлекса в результате действия различных неблагоприятных факторов.

Если ребенок мочится в белье от рождения, говорят о первичном недержании мочи. Если между появлением недержания мочи и временем формирования условного рефлекса на мочеиспускание был светлый промежуток, когда ребенок не мочился под себя, говорят о вторичном недержании мочи. Первичное недержание мочи всегда дизонтогенетическое, т. е. обусловлено асинхронией, диспропорцией или ретардацией развития во внутриутробном периоде или в первые 1—3 года жизни. Указанный дизонтогенез может быть вызван наследственными факторами (наследственное недержание мочи) или резидуально-органическими причинами (патология беременности, родов, первых 3 лет жизни ребенка). В последнем случае говорят

о первичном недержании мочи, обусловленном ранней органической неполноценностью нервной системы. Особой формой дизонтогенеза является дизонтогенез при синдроме Каннера и ранней детской шизофрении [Башина В. М., 1980], сопровождающийся недержанием мочи и кала. Вторичное недержание мочи еще более различно по происхождению и может быть вызвано в возрасте после 3—4 лет психогенными факторами (невротическое, патохарактерологическое недержание мочи, а также недержание мочи в рамках психогенных психозов), душевным заболеванием (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и т. д.), текущими органическими и соматическими заболеваниями, разрушением навыка регуляции мочеиспускания в результате сотрясений мозга, ушибов головы, нейроинфекций. Последний вид патологии получил наименование энцефалопатического. Возможно сосуществование дизонтогенетическихи энцефалопатических, первичных (врожденных) и вторичных (приобретенных) форм недержания мочи; разграничение их не всегда возможно.

Таблица 1

Классификация недержания мочи

Первичное недержание мочи	Вторичное недержание мочи
1. Вследствие врожденного анатомо-физиологического дефекта урогенитальной сферы 2. Вследствие глубокого врожденного слабоумия с недоразвитием всех функций (праксиса) 3. Вследствие дисфункции созревания механизмов регуляции мочевыделения 4. При рано начавшихся и тяжело протекающих психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, синдром Каннера и т. д.) 5. Вследствие грубых врожденных органических повреждений нервной системы	1. Психогенное недержание мочи вследствие неблагоприятных социально-психологических воздействий: а) невротическое; б) патохарактерологическое; в) смешанное; г) в рамках психогенного психоза; 2. Вследствие травматических повреждений урогенитальной сферы 3. Энцефалопатическое недержание мочи — в результате нейроинфекций и черепно-мозговых травм 4. При соматических заболеваниях (цистит и др.) 5. Вследствие шизофрении и других психических заболеваний, начавшихся после сформирования функции регуляции мочевыделения

Таким образом, если первичное недержание мочи более или менее однородно в этиологическом отношении (главную роль в этом играют патологическая наследственность и различные аномалии внутриутробного, перинатального и раннего постнатального периодов), то вторичное недержание мочи в высшей степени неоднородно и может сопровождать почти все наиболее распространенные заболевания, имеющие отношение к компетенции педиатра, уролога, нейрохирурга, невропатолога, психиатра. Условное разграничение различных видов непроизвольного мочеиспускания приведено в табл. 1.

Таким образом, недержание мочи неоднородно: это симптом различных заболеваний. Лишь в тех случаях, когда недержание мочи происходит во сне и носит явно самостоятельный, относительно изолированный характер, мы будем употреблять традиционный термин «энурез». Во всех остальных случаях речь может идти лишь о симптоме недержания мочи.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННОГО ИЛИ ПРИОБРЕТЕННОГО ДЕФЕКТА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Недержание мочи может быть симптомом грубого анатомо-физиологического дефекта урогенитальной сферы. При экстрофии мочевого пузыря, эктопии устья мочеточника, инфравезикальной обструкции, некоторых неврологических расстройствах и т. д. недержание мочи[1] — обыденное явление. Такие формы лечат в основном урологи. В настоящее время, когда оперативная техника развита несравненно лучше, чем несколько десятилетий назад, подавляющее большинство больных, прежде умиравших от интеркуррентных заболеваний или от невозможности ликвидировать расстройство, одним из симптомов которо-

[1] В хирургической практике сложилась традиция разграничивать недержание и неудержание мочи: недержанием именуется постоянное подтекание мочи, когда собственно позыва на мочеиспускание не существует; неудержанием же мочи считается неспособность удерживать мочу при наличии позыва на мочеиспускание. Подобное разграничение логично, однако в деятельности врачей-интернистов оно вряд ли возможно, так как по поводу постоянного подтекания мочи вследствие анатомических дефектов органов малого таза больные обращаются непосредственно к хирургам, минуя специалистов иного профиля. Поэтому мы будем употреблять термин «недержание мочи» согласно традициям, сложившимся в педиатрии, детской невропатологии и детской психиатрии.

го (вовсе не главным) являлось недержание мочи, сейчас выздоравливают.

Анатомические дефекты урогенитальной сферы обусловливаются в основном двумя причинами: врожденной патологией этой анатомической области (дизонтогенез) и повреждением ее в результате травмы. Во втором случае дефект урогенитальной сферы возникает в любом возрасте и связан главным образом с бытовой травмой или автомобильной катастрофой, реже с хирургическими заболеваниями.

Урогенитальная патология сопровождается непроизвольным мочеиспусканием на разных клинических этапах: в одних случаях — на всем протяжении анатомического дефекта, в других — лишь в определенные периоды. Чаще всего недержание мочи становится наиболее заметным и травмирующим больного фактором в том случае, когда превращается в относительно изолированный симптом. Это происходит после того, как в результате многократных операций анатомо-физиологический дефект ликвидирован. Казалось бы, все страдания больного позади, однако непроизвольное мочеиспускание, на которое он прежде не обращал особого внимания из-за его малой значимости по сравнению с более грубой патологией других систем организма, начинает выступать чуть ли не в качестве единственного и поэтому главного симптома.

Единственный ребенок в материально обеспеченной интеллигентной семье с рождения страдал крипторхизмом, недоразвитием полового члена и экстрофией мочевого пузыря, причины которых установить не удалось. Вследствие этой врожденной аномалии моча постоянно вытекала из мочевого пузыря; контролировать акт мочеиспускания мальчик не мог.

Больной родился от первой беременности. Роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 50 см. Мальчик перенес многочисленные простудные заболевания, скарлатину и пневмонию, протекавшие без неврологических осложнений. Из-за грубого анатомического дефекта мочеполовой сферы никогда не посещал детские коллективы; родители полностью посвятили себя ребенку, делали все, чтобы он выздоровел. Значительную часть времени он проводил в урологических стационарах; 9 раз его оперировали и много раз бужировали. В конце концов ему была проведена уретропластика по Дюпле. Анатомические дефекты были ликвидированы, однако недержание мочи некоторое время еще сохранялось.

В 15-летнем возрасте был консультирован психиатром по поводу недержания мочи и заметных характерологических изменений. По словам родителей, прежде мальчик терпеливо, спокойно воспринимал свое заболевание. Он будто не замечал постоянного подтекания мочи и дурного запаха, его как будто не волновало то, что болезненные оперативные вмешательства далеко не всегда и не сразу приносят ощутимую пользу. Мальчик постоянно просил отправить его в стационар.

Очередная госпитализация была счастливым событием для него: у мальчика появилась надежда, что анатомические дефекты будут ликвидированы. Он любил фантазировать о том, как станет летчиком или путешественником; часто снились сны, в которых он видел себя здоровым среди здоровых сверстников. Мальчик много читал, предпочитая книги о путешествиях и о полководцах, что резко контрастировало с его неподвижным и замкнутым образом жизни. Как и большинство подобных больных, он занимался индивидуально по программе массовой школы; учился всегда на 4 и 5.

В 13—14 лет его терпение, как считают родители, стало истощаться: он все чаще плакал, раздражался по пустякам, не верил врачам, стал легковозбудимым, нетерпеливым. После каждой вспышки гнева просил прощения, плакал, жаловался на свою несчастную судьбу. Все это совпало с первыми признаками полового метаморфоза. К этому периоду подошла к концу серия оперативных вмешательств по пластике урогенитальной системы. Мальчик очень обрадовался этому, повеселел, однако после завершения всех операций обнаружил, что недержание мочи сохраняется в прежней степени. Он стал мрачным, недовольным, уединялся, корил родителей: «Зачем меня родили? Уж лучше бы задушили в роддоме — незачем было оставлять меня в живых, чтобы мучиться».

Недержание мочи было дневным и ночным. Оно было обусловлено дисфункцией нетренированных сфинктеров уретры, отсутствием автоматизации мышечных сокращений. Через 3 мес функция сфинктеров восстановилась и состояние больного заметно улучшилось. Постепенно он стал веселее, оптимистичнее, благодарил врачей, был ласков с родителями, почти ежедневно посещал кинотеатры и другие общественные места, разъезжал по городу, ходил в гости и т. д., т. е. вел активный образ жизни, которого был лишен в течение многих лет.

Таким образом, первичное недержание мочи у больного было обусловлено врожденным грубым анатомическим дефектом мочеполовой системы. После ликвидации этого дефекта недержание мочи какое-то время еще сохранялось за счет детренированности мышц, участвующих в регуляции акта мочеиспускания. Затем и это (временное) недержание мочи прекратилось, вслед за чем нормализовалась и душевная жизнь больного.

Мы считаем ошибочным предположение, что основной причиной всех видов недержания мочи являются те или иные урологические нарушения. Как показали П. К. Яцык и И. П. Брязгунов (1981), частота недержания мочи (авторы именуют его энурезом) при различных урологических заболеваниях не превышает таковой среди детей без урологической патологии (по их данным, энурез встречается у 5,7% детей школьного возраста Москвы).

Поскольку наибольший удельный вес среди всех больных с недержанием мочи составляют дети без урологической патологии, они нуждаются в помощи не уролога, а педиатра, детского психиатра и детского невропатолога. Это мнение приобретает особую актуальность с учетом

того, что оно исходит от урологов, специализирующихся преимущественно на самых тяжелых формах недержания мочи, при которых всегда возникает подозрение на урологическое заболевание. Правда, отдельные урологи придерживаются иного мнения. В частности, К. Д. Панкратов и соавт. (1981) выявили заметные различия в частоте этой патологии в зависимости от пола: 90% мальчиков с недержанием мочи (по-видимому, ночным) не имели урологических нарушений, но у 94,6% девочек эта патология была обнаружена. 65,8% девочек страдали циститом, 10% — стенозом уретры, 6% — пиелонефритом и т. д. Исходя из этого авторы указанной публикации рекомендуют обследовать у уролога всех девочек с недержанием мочи.

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Особой формой недержания мочи является парадоксальная ишурия — ischuria paradoxa (ischio — задерживать, uron — моча). Парадоксальной эта задержка называется потому, что сопровождается недержанием мочи, которая самопроизвольно выделяется по каплям из переполненного мочевого пузыря при невозможности произвольного его опорожнения, т. е. имеет место сочетание двух, казалось бы, взаимоисключающих симптомов — недержания и задержки. Этот симптом у детей обычно служит проявлением декомпенсированной стадии инфравезикальной обструкции.

Этиологические факторы, определяющие недержание мочи у детей, разнообразны и могут быть условно подразделены на нарушения регуляции акта мочеиспускания функционального или органического происхождения. Последние могут быть вызваны изменениями спинного мозга врожденного (например, спинномозговая грыжа) или приобретенного (в частности, травма спинного мозга) характера, а также заболеваниями и пороками развития органов мочеполовой системы. В зависимости от вида порока развития недержание мочи может быть абсолютным, при котором акт мочеиспускания полностью отсутствует (экстрофия мочевого пузыря, тотальная эписпадия), и относительным, когда акт мочеиспускания сохранен, но вне его отмечается постоянное непроизвольное выделение мочи (эктопия устья мочеточника, незаращение урахуса, инфравезикальная обструкция).

Итак, особенности клинических проявлений недержания мочи у детей находятся в прямой зависимости от этиологического фактора (если он известен), вызвавшего данный симптом. Поэтому особую важность приобретает выяснение деталей клинической симптоматики, что облегчает правильную ориентацию врача.

В настоящем разделе представлено краткое описание тех основных заболеваний и пороков развития органов мочеполовой системы, при которых недержание мочи остается единственной жалобой или сочетается с другими клиническими проявлениями страдания. Наиболее тяжелыми пороками развития мочевого пузыря и уретры, характеризующимися абсолютным недержанием мочи, являются экстрофия мочевого пузыря и тотальная эписпадия. Эти пороки сопровождаются грубым анатомическим дефектом сфинктера мочевого пузыря, что и обусловливает полное недержание мочи.

Экстрофия мочевого пузыря характеризуется отсутствием передней стенки мочевого пузыря и передней брюшной стенки в надлобковой области; в имеющийся дефект выбухает слизистая оболочка задней стенки мочевого пузыря с открывающимися на ней устьями мочеточников. Половой член укорочен и притянут к передней брюшной стенке, кавернозные тела расщеплены и покрыты слизистой оболочкой расщепленной уретры. У девочек отмечаются аналогичные изменения со стороны мочеполовой системы, большие и малые половые губы и клитор расщеплены. Постоянное выделение мочи из зияющих устьев мочеточников вызывает раздражение слизистой оболочки и кожи; слизистая оболочка мочевого пузыря легко ранима и кровоточит, прилегающая кожа мацерирована.

Эписпадия — порок развития мочеиспускательного канала, сопровождающийся полным незаращением всей передней его стенки и открытием наружного отверстия на дорсальной поверхности полового члена. В зависимости от степени расщепления мочеиспускательного канала различают три формы эписпадии: 1) эписпадию головки; 2) эписпадию ствола полового члена; 3) полную, или тотальную эписпадию. При первых двух формах расщепление уретры ограничивается ее периферической частью, не распространяясь на область сфинктера мочевого пузыря, поэтому в этих случаях контроль над мочеиспусканием обычно сохранен. Однако эти формы порока встречаются реже; наиболее частой формой является тотальная эписпадия, сопровождающаяся полным расщеплением

уретры и сфинктера мочевого пузыря, что и обусловливает полное недержание мочи у этих больных.

Лечение экстрофии мочевого пузыря и эписпадии только оперативное. Задача оперативного вмешательства — создание нормальных анатомических соотношений и восстановление сфинктерного механизма — является крайне трудной; пластические корригирующие операции при этих пороках относятся к числу наиболее сложных и не всегда эффективных.

В отличие от указанных пороков, диагностика которых очевидна при первом же осмотре, все другие состояния требуют проведения углубленного рентгенологического обследования ребенка.

Инфравезикальная обструкция является понятием собирательным, объединяющим все механические препятствия по ходу нижних мочевых путей (шейка мочевого пузыря и мочеиспускательный канал). Причинами инфравезикальной обструкции могут быть склероз шейки мочевого пузыря, фиброэластоз задней уретры, клапаны задней уретры, гипертрофия семенного бугорка, стриктуры и стеноз наружного отверстия уретры. Установлена прямая зависимость между выраженностью механического препятствия и степенью расстройств мочеиспускания. К наиболее тяжелым и часто встречающимся формам инфравезикальной обструкции относятся клапаны задней уретры у мальчиков. Клинические проявления у детей отличаются разнообразием симптомов, ведущее место среди которых принадлежит дизурии. Дизурия проявляется учащенным болезненным мочеиспусканием, императивными позывами, ночным и дневным недержанием или неудержанием мочи, в ряде случаев затруднением мочеиспускания вплоть до полной его задержки. Повышение внутрипузырного давления способствует развитию пузырно-мочеточниково-лоханочных рефлюксов. Наиболее тяжелым проявлением клапанов задней уретры служит ischuria paradoxa, свидетельствующая о полной потере сократительной функции детрузора и его атонии. При этом обычно бывают выражены симптомы хронической почечной недостаточности: жажда, сухость во рту, повышенное содержание мочевины в крови и т. д.

Диагностика инфравезикальной обструкции направлена на установление этиологического фактора и выяснение анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей. Ведущая роль принадлежит методам экскреторной урографии и микционной цистоуретрографии. Последний

метод позволяет установить форму и объем мочевого пузыря и уретры, наличие препятствий по ходу уретры и их вид, наличие или отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Оперативное лечение инфравезикальной обструкции проводят с целью устранения препятствия по ходу уретры, однако в случаях, сопровождающихся грубыми анатомо-функциональными изменениями верхних мочевых путей, ликвидация механического препятствия часто оказывается недостаточной и для восстановления этих функций необходимо выполнение дополнительных сложных корригирующих операций.

Эктопия устья мочеточника характеризуется смещением его в дистальном направлении и расположением за пределами мочепузырного треугольника (треугольника Льето) внутри или вне мочевого пузыря. Эктопия мочеточника может быть одно- и двусторонней. В большинстве случаев эктопированным оказывается мочеточник удвоенной почки, при этом эктопическое устье соответствует верхней половине. Возможны и более редкие варианты: эктопия обоих мочеточников удвоенной почки, эктопия основных мочеточников при отсутствии удвоения и другая патология.

Клинические проявления зависят от локализации эктопированного устья и имеют существенные различия у девочек и мальчиков. Обычными формами эктопии у девочек являются следующие: уретральная эктопия, при которой устье располагается в уретре ниже сфинктера, и вагинальная эктопия, когда устье располагается в преддверии влагалища на передней его стенке или в шейке матки, возможно также расположение устья на промежности в складке слизистой оболочки между уретрой и влагалищем.

Основной симптом эктопии устья мочеточника у девочек — недержание мочи при сохраненном нормальном акте мочеиспускания. Внимательный осмотр наружных половых органов девочек позволяет установить место, откуда непроизвольно выделяется моча. При локализации эктопического устья на промежности нередко удается его обнаружить и катетеризировать. У мальчиков наиболее частой локализацией эктопического устья оказываются простатический отдел уретры, семенные пузырьки, иногда семявыносящий проток. Ввиду того что все эти отделы располагаются проксимальнее сфинктера, эктопия у мальчиков обычно не проявляется недержанием мочи.

Диагностика эктопии устья мочеточника основывается на данных анамнеза и результатах клинического и рентгенологического исследования больного. Поскольку недержание мочи наряду с сохранением нормального акта мочеиспускания является патогномоничным симптомом эктопии устья мочеточника у девочек, детально собранный анамнез помогает правильно установить характер патологии. Клиническое исследование обязательно включает выполнение «цветной пробы»: введение по катетеру в полость мочевого пузыря раствора метиленового синего с последующим тщательным осмотром половых органов. Непроизвольное выделение неокрашенной мочи из уретры или влагалища свидетельствует об уретральной или вагинальной эктопии устья. Дальнейшее рентгенологическое исследование включает выполнение экскреторной урографии и направлено в основном на выявление удвоенной почки, так как эктопическим в подавляющем большинстве случаев оказывается мочеточник, соответствующий верхней половине удвоенной почки. Следует помнить о редких вариантах эктопии мочеточника при отсутствии удвоения или о возможной эктопии обоих мочеточников при двустороннем удвоении.

Лечение — оперативное. Операцией выбора является геминефроуретерэктомия — удаление верхней половины удвоенной почки, соответствующей эктопическому мочеточнику.

Среди заболеваний органов мочеполовой системы, вызывающих симптом недержания или неудержания мочи, наиболее часто встречаются циститы и камни мочевого пузыря у детей.

Цистит — воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря — как самостоятельная форма заболевания у детей встречается реже, чем у взрослых. Воспаление может быть острым и хроническим. Характерным симптомом острого цистита является дизурия. Характерными симптомами цистита являются также лейкоцитурия, микро- и даже макрогематурия.

Лечение цистита заключается в назначении постельного режима, местных тепловых процедур и антибактериальной терапии.

Камни мочевого пузыря вызывают травматизацию и воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря, что проявляется частым болезненным мочеиспусканием, мучительными тенезмами, неудержанием, а иногда и недержанием мочи. Указанная симптоматика имеет более вы-

раженный характер в дневное время, когда ребенок бодрствует и камни при движении перемещаются в полости пузыря, вызывая раздражение интерорецепторов. Акт мочеиспускания нередко бывает прерывистым вплоть до возникновения полной задержки мочи, когда камень закрывает внутреннее отверстие мочеиспускательного канала. В этих случаях для опорожнения мочевого пузыря дети нередко принимают вынужденное коленно-локтевое положение или мочатся лежа на боку, так как камень вследствие своей тяжести перемещается в полости мочевого пузыря, освобождая выход из него. Поскольку камни мочевого пузыря обычно вызывают вторичный цистит, характерным симптомом являются лейкоцитурия, микро- и макрогематурия. Лечение в подавляющем большинстве случаев оперативное.

Описанная клиническая картина цистита и камней мочевого пузыря, помимо недержания мочи, отличается столь выраженной симптоматикой, что диагноз обычно не представляет затруднений. В план обследования детей входит обязательный контроль за анализами мочи, а при подозрении на камень мочевого пузыря — выполнение обзорной рентгенограммы органов мочеполовой системы.

В настоящем разделе мы остановились лишь на основных заболеваниях и пороках развития, которые далеко не полностью отражают всю возможную урологическую патологию, вызывающую симптом недержания мочи. Поэтому при обнаружении у детей данного симптома, генез которого остается неясным, необходимо произвести полный комплекс клинико-рентгенологического обследования в целях уточнения диагноза.

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ДЕФЕКАЦИИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Причинами, вызывающими недержание мочи и кала, могут быть органические заболевания нервной системы с поражением структур, регулирующих мочеиспускание и дефекацию. В зависимости от уровня поражения эти расстройства бывают различными, что имеет большое значение при проведении топической диагностики и решении вопроса о терапевтических мероприятиях. Для понимания клинических особенностей расстройств мочеиспускания и дефекации при различном уровне поражения систем, их регулирующих, необходимо прежде всего оста-

новиться на иннервационных механизмах мочевого пузыря и прямой кишки.

Функцию растяжения мочевого пузыря при накоплении мочи и его сокращения при опорожнении осуществляет гладкая мышца — детрузор. Синергистами детрузора при опорожнении пузыря являются мышцы брюшного пресса и промежности. Выход из мочевого пузыря в мочеиспускательный канал закрывается двумя сфинктерами — гладкомышечным внутренним и поперечнополосатым наружным. За счет последнего осуществляется произвольное раскрытие выхода из пузыря и его замыкание. Детрузор и сфинктеры функционируют реципрокно: при опорожнении мочевого пузыря сокращается детрузор и расслабляются сфинктеры, при замыкании пузыря соотношения обратные, т. е. расслабляется детрузор и сокращаются сфинктеры.

Спинальные центры мочевого пузыря расположены в пояснично-крестцовых отделах спинного мозга. Симпатическая иннервация осуществляется в основном из боковых рогов II—IV поясничных сегментов, в меньшей степени из нижнегрудных и I поясничного сегментов. Симпатические преганглионарные волокна входят в состав передних корешков и частично заканчиваются в поясничных узлах пограничного симпатического ствола. Постганглионарные волокна образуют подчревные нервы, которые вместе с парасимпатическими волокнами формируют пузырное сплетение и заканчиваются в мышцах пузыря и сфинктеров.

Парасимпатическая иннервация осуществляется ядрами 2—4 крестцовых сегментов, расположенных в конусе спинного мозга. Волокна этих ядер частично заканчиваются в пузырном сплетении, частично в интрамуральных ганглиях, обусловливающих автоматическое мочеиспускание при частичной или полной денервации мочевого пузыря. Поперечнополосатый наружный сфинктер, функционирующий произвольно, также иннервируется клетками II—IV крестцовых сегментов, но расположенных не в парасимпатических ядрах, а в передних рогах. Волокна этих клеток входят в состав срамного нерва.

За счет симпатической иннервации происходит расслабление детрузора и сокращение гладкомышечного сфинктера, за счет парасимпатической системы — сокращение детрузора и расслабление сфинктера пузыря при мочеиспускании. Произвольный наружный сфинктер расслабляется за счет клеток передних рогов.

Афферентные импульсы из мочевого пузыря проводятся подчревными нервами, чувствительность уретральной части слизистой оболочки обусловливается тазовыми и срамными нервами. Часть этих волокон идет к задним рогам спинного мозга, участвуя в образовании спинальной рефлекторной дуги, часть поднимается в составе тонких пучков (пучков Голля) в головной мозг, обеспечивая ощущение позыва на мочеиспускание и произвольное его осуществление.

Корковый центр мочеиспускания, по мнению большинства авторов, локализуется в парацентральной дольке. Существует также мнение о его локализации в передней центральной извилине, в области центра мышц бедра. Кортикоспинальные волокна проходят в передних и боковых столбах спинного мозга и имеют двустороннюю связь со спинальными ядрами. Субкортикальные центры расположены в зрительном бугре [Бехтерев В. М., Миславский Н. А., 1888], гипоталамической области и некоторых других отделах.

Таким образом, в основе функции мочевого пузыря лежат спинальные рефлексы, которые при опорожнении и замыкании находятся в реципрокных соотношениях. Эти безусловные рефлексы подчинены корковому влиянию, которое уже по принципу условного рефлекса вызывает произвольное мочеиспускание.

Анатомические и функциональные соотношения акта дефекации аналогичны мочеиспусканию. Выход из прямой кишки закрывается гладкомышечным внутренним сфинктером, функционирующим непроизвольно, и поперечнополосатым наружным сфинктером, действующим произвольно. Вспомогательную роль при этом играют мышцы промежности, особенно m. levator ani. Попадая в прямую кишку, каловые массы рефлекторно вызывают перистальтику за счет сокращения ее продольных и кольцевых мышц, которые иннервируются парасимпатическими ядрами II—IV крестцовых сегментов. Волокна этих ядер входят в состав тазовых нервов. Гладкомышечный внутренний сфинктер прямой кишки иннервируется симпатическим подчревным нервом, волокна которого берут начало от ядер I—II поясничных сегментов. Наружный произвольный сфинктер прямой кишки получает импульсы от переднерогового аппарата спинного мозга через срамной нерв.

В стенке прямой кишки, так же как и в мочевом пузыре, имеется интрамуральное сплетение, за счет которого

может осуществляться автономная функция прямой кишки в условиях ее денервации.

Чувствительные волокна от прямой кишки проходят в спинной мозг через задние корешки. Одна часть этих волокон участвует в формировании спинальной рефлекторной дуги, другая поднимается в головной мозг, вызывая ощущение позыва на дефекацию. Корковый центр дефекации, по данным большинства авторов, локализуется в верхней части передней центральной извилины. Проводники от коры к спинальным центрам проходят в передних и переднебоковых столбах спинного мозга. Субкортикальный аппарат расположен в гипоталамусе, ядрах мозгового ствола и некоторых других отделах. Поступающие в кору афферентные импульсы возникают при прохождении каловых масс в прямую кишку и их продвижении в сторону анального отверстия. Дефекация может произвольно задерживаться за счет сокращения поперечнополосатых мышц тазового дна и наружного сфинктера. Произвольный акт дефекации осуществляется в условиях усиления перестальтики прямой кишки, расслабления гладкомышечного внутреннего и раскрытия наружного сфинктера. При этом синергически сокращаются мышцы брюшного пресса.

Безусловнорефлекторная деятельность спинальной рефлекторной дуги при дефекации, так же как при мочеиспускании, находится под постоянным контролем более сложных вышестоящих механизмов, в частности, коркового центра, функция которого определяется соответствующими условиями. Нарушения рассмотренных взаимоотношений в результате структурных дефектов при различных поражениях нервной системы ведут к расстройствам мочеиспускания и дефекации, которые в условиях патологии обычно сочетаются между собой.

Наиболее тяжелые расстройства возникают при поражении проводников и ядер спинного мозга, когда акты мочеиспускания и дефекации перестают быть произвольными. При этом нарушения мочеиспускания и дефекации сочетаются с другими клиническими синдромами поражения нервной системы соответствующего уровня. Следует подчеркнуть, что эти расстройства возникают лишь при двустороннем поражении, так как перекрест как афферентных, так и эфферентных проводников, обеспечивающих произвольную регуляцию функции тазовых органов, является частичным.

Наиболее тяжелые нарушения мочеиспускания дефекации возникают при острых поперечных по ражениях шейного и грудного отделов спи ного мозга. Поражения эти обычно имеют инфекци онный или травматический генез. Реже они возникаю при интрамедуллярных кровоизлияниях, опухолях, ле козных очагах. При сдавлении спинного мозга экстрам дуллярными опухолями, гематомой, абсцессом или дефо мированным позвонком нарушения мочеиспускания и д фекации возникают в поздние сроки, при развитии полно спинальной компрессии. Нарушения мочеиспускания дефекации при этих поражениях сочетаются с тяжелым двигательными, чувствительными и трофическими ра стройствами.

Для верхнешейной локализации очага характерен те рапарез, при нижнешейном поражении центральный п рапарез ног сочетается с периферическим парезом ру а при грудном очаге отмечается нижний центральны парапарез. Выпадение всех видов чувствительности пр водникового типа определяется уровнем очага. Трофиче ские расстройства в виде пролежней возникают при по ражении любого уровня.

Нарушение связей церебральных центров со спиналь ными ведет к тяжелым расстройствам мочеиспускания и дефекации центрального типа. Больной не может произ вольно воздействовать на мочеиспускание, исчезают по зывы, чувство прохождения мочи по мочеиспускательном каналу. Возникает полная задержка мочи (полная ретен ция). В начальном периоде заболевания, когда угнетаетс вся рефлекторная деятельность спинного мозга, исчезаю и спинальные рефлекторные функции мочевого пузыря При этом исчезает рефлекс опорожнения — сфинктер находятся в состоянии сокращения, а детрузор расслабле и не функционирует. На спазматическое состояние пузыр ных сфинктеров в этот период указывает затруднени проведения катетера в мочевой пузырь. Моча, накапли ваясь в пузыре и не имея выхода, может растянуть ег до больших размеров, когда верхняя граница в брюшно полости определяется на уровне пупка и выше. Без ка тетеризации возможен разрыв стенки пузыря.

В дальнейшем развивается так называемая парадок сальная ишурия, когда в результате постоянного высокого внутрипузырного давления начинается пассивное растя жение шейки пузыря и пузырных сфинктеров с периоди ческим выделением мочи каплями или небольшими пор

циями. Небольшое количество мочи выделяется и при надавлении через брюшную стенку на область пузыря. Парадоксальное мочевыделение, особенно при цистите, может перейти в постоянное недержание с остаточной мочой в пузыре, что способствует присоединению восходящей уросептической инфекции.

Спустя 2—3 нед, а иногда и в более отдаленные сроки, по мере растормаживания спинальной рефлекторной дуги задержка мочи сменяется ее недержанием. При этом моча выделяется периодически в небольшом количестве, что определяется как перемежающееся недержание (incontinentio intermittens). В основе этого синдрома лежит автоматическое опорожнение пузыря на базе спинальной рефлекторной дуги, когда определенная степень наполнения вызывает расслабление гладкомышечного сфинктера и сокращение детрузора. Опорожнение пузыря при этом может быть и полным. В промежутках между мочеиспусканием сфинктер остается спастически сокращенным, в чем можно легко убедиться при введении катетера.

Рефлекторное мочеиспускание может быть вызвано и другими раздражениями с периферии, например при защитном сгибательном рефлексе ног или длительном вызывании клонуса стоп. Возможно и обратное влияние, когда мочеиспускание ведет к рефлекторному сгибанию ног или напряжению брюшных мышц. Произвольное влияние на мочеиспускание в этой фазе по-прежнему отсутствует.

В более поздние сроки при полном поперечном поражении спинного мозга отмечается угасание рефлексов, в том числе автоматического мочеиспускания, и наступает полное недержание мочи.

При частичном двустороннем спинальном поражении на уровне шейных и грудных сегментов больной может ощущать позывы на мочеиспускание, но произвольно задержать его не в состоянии, так как одновременно с позывом наступает опорожнение пузыря (императивные позывы). По существу в их основе лежит усиление рефлекса опорожнения, что сочетается с другими клиническими проявлениями растормаживания спинальных рефлексов (высокие сухожильные рефлексы с расширением рефлексогенных зон, клонусы стоп, защитные рефлексы и др.).

Нарушения дефекации при полном поперечном поражении спинного мозга шейной и грудной локализации аналогичны расстройствам мочеиспускания. Больной пе-

рестает ощущать позывы на дефекацию, наполнение прямой кишки, отхождение кала. Оба сфинктера прямой кишки находятся в состоянии спазма, что легко определяется при пальцевом исследовании. Возникает стойкая задержка кала. При значительном скоплении каловых масс возможно пассивное растяжение сфинктеров с выхождением незначительного количества кала.

Периодическое автоматическое опорожнение кишечника обусловливается спинальной рефлекторной дугой и происходит спонтанно или при применении клизмы. Афферентацию в этих случаях вызывает переполнение каловой кишки или введение жидкости в клизме. Произвольно влиять на дефекацию больной не может и обычно отхождение кала не замечает. В более легких случаях спинального поражения отмечаются лишь упорные запоры. Нарушения функций тазовых органов *периферического типа* возникают при миелитах поясничной и крестцовой локализации, травматических, геморрагических, опухолевых и других процессах в области спинальных центров, а также при поражении спинномозговых корешков области конского хвоста и периферических нервов, идущих к мочевому пузырю, прямой кишке и их сфинктерам.

Острое выключение функции спинальных центров или поражение корешков и нервов в начальной фазе клинически проявляется более тяжелыми расстройствами, чем при подостром или хроническом развитии заболевания. В остром периоде вследствие паралича детрузора и сохранения эластичности шейки мочевого пузыря может наблюдаться полная задержка мочи (полная ретенция) или парадоксальное мочеиспускание с выделением мочи каплями или небольшими порциями. При этом в пузыре определяется большое количество остаточной мочи. Однако вскоре шейка пузыря теряет свою эластичность. Поскольку оба сфинктера при периферическом парезе раскрыты, возникает истинное недержание с постоянным выделением мочи по мере поступления в пузырь. Иногда пузырь опорожняется автоматически, но не за счет спинальной рефлекторной дуги, целостность которой остается стойко нарушенной, а в связи с сохранением функции пузырных интрамуральных ганглиев.

В отдельных случаях при поражении нижнепоясничных и крестцовых сегментов сохраняется ощущение наполнения пузыря. При этом импульсы в кору мозга поступают от нижних грудных и 1—2 поясничных сегментов, куда они поступают от подчревных нервов. Больной в этом

случае может вызвать мочеиспускание за счет сокращения мышц брюшного пресса. Прохождение мочи по мочеиспускательному каналу при этом не ощущается, так как срамные нервы, обеспечивающие чувствительность уретры, связаны с крестцовыми сегментами. Произвольное влияние на мочеиспускание, естественно, отсутствует.

При патологических процессах в области конского хвоста (арахноидиты, опухоли), а также по ходу подчревных нервов (абсцессы, травмы, рубцы) могут отмечаться частые болезненные позывы на мочеиспускание даже при накоплении в пузыре незначительного количества мочи. Причиной этого является раздражение афферентных волокон подчревных нервов и корешков.

Расстройства дефекации при поражении спинальных центров в области конуса, спинномозговых корешков конского хвоста и периферических нервов прямой кишки и ее сфинктеров имеют тот же механизм, что и нарушения мочеиспускания. При их остром выключении возникает паралич сфинктеров периферического типа с полной или частичной невозможностью произвольной дефекации. При этом определяется зияние заднепроходного отверстия с непроизвольным выхождением газов и жидких каловых масс. Твердый кал постоянно задерживается, обусловливая копростаз. Анальный рефлекс выпадает, рефлекторная перистальтика прямой кишки отсутствует. В дальнейшем формируется истинное недержание кала с его отхождением небольшими порциями при поступлении в прямую кишку. В отдельных случаях сохраняется функциональная способность внутреннего сфинктера, который иннервируется более высокими сегментами спинного мозга. Внутренний сфинктер может частично компенсировать функцию поперечнополосатого наружного сфинктера. Однако эта компенсация бывает весьма ограниченной. В более отдаленный период наступает автоматическое функционирование прямой кишки за счет интрамурального сплетения — возникает легкая перистальтика с продвижением и выталкиванием каловых масс, если они не имеют слишком плотной консистенции. Произвольное управление актом дефекации при автоматическом действии прямой кишки отсутствует.

При раздражении спинномозговых корешков и периферических нервов вследствие их сдавления могут наблюдаться ректальные тенезмы, весьма мучительные для больного. Они обычно сочетаются с тенезмами пузыря в едином пароксизме или возникают раздельно.

Двустороннее поражение корковых центров мочеиспускания и дефекации любой этиологии вызывает стойки нарушения того же характера, что и при спинальны очагах шейной и грудной локализации: в начальном периоде отмечается задержка мочеиспускания и дефекаци сменяющаяся автоматическим действием в позднем периоде. Поражения корковых центров могут вызвать преходящее затруднение мочеиспускания. Дефекация при это не страдает.

Пузырные нарушения по типу кратковременной задержки наблюдаются при поражении субкортикальны центров, особенно в гипоталамической области. М. Б. Крол (1936) наблюдал эти нарушения при эпидемическом энцефалите. При церебральных поражениях в отличие о спинальных опорожнение мочевого пузыря бывает почт полным, без остаточной мочи, в связи с чем уросептические осложнения встречаются редко.

Описанные расстройства мочеиспускания и дефекаци при органических поражениях нервной системы наблюдаются у детей всех возрастных групп. Однако время и возникновения и характер поражения имеют определенную возрастную специфику. Так, органический дефект спинальных центров наблюдается при миелодисплазиях. При врожденных спинномозговых грыжах пояснично-крестцовых отделов недержание мочи и кала может сочетаться с нижним вялым парапарезом или параплегией. Удаление грыжи не избавляет больного от расстройств мочеиспускания и дефекации. Одной из причин нарушений функции тазовых органов у новорожденных является натальная травма спинного мозга. При родах в тазовом или ножном предлежании повреждение конуса или конского хвоста наблюдается особенно часто. Родовая травматизация шейного отдела спинного мозга может явиться причиной расстройств мочеиспускания и дефекации центрального типа, сочетаясь с тетрапарезом и чувствительными выпадениями.

В более старшем возрасте основной причиной нарушения мочеиспускания и дефекации органического характера являются инфекционные и травматические повреждения спинного мозга, реже опухолевые процессы и кровоизлияния. Различные по клиническому проявлению нарушения функции тазовых органов у ребенка всегда требуют проведения углубленного неврологического обследования с исключением возможности органического дефекта центральных и периферических отделов нервной системы, регулирующих эти функции.

Лечение расстройств мочеиспускания и дефекации при органических поражениях нервной системы является частью комплексной терапии основного заболевания. При остром развитии поперечного поражения спинного мозга требуется прежде всего уменьшить сдавление проводящих путей, для чего необходимо оперативное вмешательство. Проводят паллиативную операцию декомпрессии, при которой уменьшается сдавление спинного мозга. Оперативное лечение показано при наличии опухоли, гнойного эпидурита или другого гнойно-септического очага, сдавливающего спинной мозг.

В остром периоде органического заболевания нервной системы следует назначить антибиотики, особенно при заболевании бактериальной этиологии, а также инфицировании пролежней и мочевого пузыря. Назначают антибиотики широкого спектра действия — левомицетина сукцинат по 50—80 мг/кг в сутки, полусинтетические пенициллины из расчета 150—200 мг/кг в сутки и др. При миелитах и энцефалитах вирусной этиологии можно назначать интерферон или продигиозан и другие интерфероногены. Учитывая роль аллергического компонента в патогенезе острого миелита, наличие отека и высокой сосудистой проницаемости в области очага поражения, целесообразно назначать глюкокортикостероиды — преднизолон по 1,5 мг/кг в сутки.

Чтобы уменьшить отек спинного мозга, следует проводить дегидратационную терапию. Учитывая нарушения мочеиспускания, от дегидратантов диуретического действия следует воздержаться. Можно применить глицерин (глицерол) по 1 десертной или столовой ложке 2—3 раза в день, который следует давать вместе с фруктовым соком. Целесообразны большие дозы аскорбиновой кислоты (до 1 г в сутки), кокарбоксилаза по 50—100 мг, витамины группы В.

При отсутствии мочеиспускания 2 раза в сутки проводят катетеризацию мочевого пузыря с соблюдением строгой асептики. Для выработки автоматического функционирования пузыря большое значение имеет катетеризация в одни и те же часы. Одновременно назначают антисептические средства: фурагин, который хорошо выводится с мочой, и другие производные нитрофурана (фурадонин, фуразолидон и др.). Фурагин назначают после еды по 0,1—0,15 г 2—3 раза в день, фурадонин детям — по 5—8 мг/кг в сутки. Эти препараты последовательно чередуют между собой и с 5-НОК (нитроксолин), средняя суточная

доза которого для детей старше 5 лет составляет 0,2 0,4 г в 3—4 приема.

Большое значение имеет правильный уход. Больно необходимо лежать в удобном положении на ровной, достаточно упругой поверхности. Периодически используют подкладные круги, кожу промывают теплой водой с мылом, протирают простым или камфорным спиртом или одеколоном. При помощи клизмы или механически удаляют каловые массы.

При стабилизации процесса переходят к восстановительной терапии, основу которой составляют массаж и лечебная физкультура. Из медикаментозных средств в этом периоде применяют антихолинэстеразные препараты (галантамин, прозерин, оксазил), аминокислоты (метионин, глутаминовая кислота). При выраженной спастичности, в том числе наружных сфинктеров пузыря и прямой кишки, целесообразен мидокалм, обладающий центральным релаксирующим и холинолитическим свойством, по 0,05—0,1 г 2—3 раза в день. О. Г. Коган (1967) в восстановительном периоде миелита рекомендует пирогенал, оказывающий выраженное стимулирующее действие. Дозу препарата устанавливают индивидуально. Дибазол по 0,001—0,005 г и секуренин по 0,0005—0,001 г или в виде 0,4% раствора по 5—10 капель 2—3 раза в день повышают рефлекторную деятельность спинного мозга и способствуют восстановлению спинальной рефлекторной дуги.

В комплекс восстановительной терапии включают также тепловые процедуры, электрофорез раствора никотиновой кислоты на область спинального очага, ванны. При недержании мочи применяют электрофорез атропина или индуктотермию на область мочевого пузыря.

Для восстановления спинальной рефлекторной дуги и выработки автоматического действия мочевого пузыря в зависимости от уровня поражения применяют различные виды электростимуляции детрузора, в том числе подшивание специального электрического регулятора. Все лечение должно быть комплексным и систематическим.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ И КАЛА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Трудно встретить душевное расстройство (особенно в детском возрасте), при котором в той или иной степени не нарушались бы мочеиспускание или каловыделение. Своеобразие нарушений указанных функций заключается

в том, что это, во-первых, не психогенные расстройства и не недержание мочи и кала в результате какого-то анатомического или неврологического дефекта, а, во-вторых, речь идет при этом о нарушении созревания (ретардация или полное отсутствие) высших корковых функций (как при олигофрении) либо об их распаде (как при шизофрении и некоторых других душевных расстройствах). При эпилепсии имеются свои особенности, связанные с особенностями сна больных.

У душевнобольных может встречаться недержание мочи и кала любого происхождения, в том числе и такое, которое бывает у лиц без душевной патологии. В данном же случае рассматриваются лишь те виды недержания мочи и кала, которые этиопатогенетически связаны с основным страданием.

Нарушение моче- и каловыделения при олигофрении

При олигофрении бывают разные степени интеллектуального дефекта. При самых глубоких степенях — идиотии и имбецильности — навыки регуляции моче- и каловыведения формируются медленно, с трудом, они быстро нарушаются под влиянием самых незначительных соматических и ситуационных воздействий. При идиотии подобные навыки (выработка праксиса) практически не возникают. Как и при всех дизонтогенетических формах, недержание мочи и кала в таких случаях обусловлено замедлением формирования соответствующих функций, однако с каждым годом недержание мочи и кала урежается, ибо при олигофрении нет прогредиентности болезненных проявлений. Распространенность недержания кала при олигофрении неизвестна. Что же касается взаимосвязи недержания мочи и врожденного интеллектуального дефекта, то еще не было исследователя, который бы не указывал, что у больных олигофренией недержание мочи встречается в 2—5 раз чаще, чем у здоровых сверстников. Недержание мочи у больных с врожденным недоразвитием интеллекта чаще всего первичное, т. е. от рождения. Порой встречается и вторичное недержание мочи у лиц с врожденным малоумием — обычно оно возникает в 7—10-летнем возрасте после перенесенных нейроинфекций, сотрясений мозга или психических травм. Особенностью его является отсутствие переживаний больным своего дефекта, его монотонность и четкая зависимость от сома-

тических вредностей и состояния психофизического во
буждения.

Выработка несформированного праксиса в таких слу
чаях достигается за счет длительной тренировки пациента
а это зависит главным образом от родителей и педагого
Поэтому в домашних условиях таких больных быстре
обучают навыкам опрятности, в условиях же вспомога
тельных школ-интернатов, учреждений для хроничесн
больных и т. д., где больным, как правило, уделяетс
меньше внимания, чем дома, навыки опрятности форм
руются позднее.

Нарушение моче- и каловыделения при шизофрении и шизофреноподобных синдромах

При шизофрении недержание мочи и кала почти всегд
отмечается в дневное время. Его вряд ли можно назват
непроизвольным, так как больной способен себя сдержи
вать, но из-за нарушенных влечений, бреда или галлюци
наций сознательно (в той степени, в какой больной ши
зофренией вообще может отдавать отчет в своих поступ
ках) не может контролировать себя. У этих больных не
никаких анатомических дефектов, нет дисфункции сфинк
теров уретры и других расстройств, приводящих к недер
жанию мочи. Еще раз следует подчеркнуть, что недержа
ние мочи и кала у них обусловлено извращением влечени
и другими сходными психопатологическими изменениям

Больной 6 лет, рос и развивался, опережая средневозрастные по
казатели. К 2 годам у мальчика прочно установились навыки опрят
ности. Родители, считая сына «вундеркиндом», решили не помещат
его до школы в детский коллектив и поменьше позволять ему играт
со сверстниками («чтобы те не мешали ему развивать свою индиви
дуальность», чтобы «не портить сына стандартным воспитанием»).

С 3—4 лет в поведении ребенка появились странности: он мо
часами раскачиваться на стуле, находиться в одной позе; неожидан
но хохотать или плакать; появилась немотивированная жестокость
стремление делать «назло». Одновременно с этим стал по нескольк
раз в день мочиться и испражняться в белье. Несмотря на неодно
кратные замечания матери, ребенок даже как будто получал от этого
удовольствие (особенно, если видел, как это огорчает мать). Вечера
ми испытывал страхи, закрывал уши ватой, испуганно озирался п
сторонам. Родители не обращали на это особого внимания, думая
что все странности сына — это «болезни роста гения». Одержимость
родителей вырастить из ребенка великого человека была беспредель
на и делала их совершенно слепыми, когда они наблюдали за пове
дением сына. Тем не менее по совету своих знакомых они обратились
к детскому психиатру в связи с дневным и ночным недержанием мо
чи и кала их сына.

Во время консультации обращала на себя внимание разлаженность поведения больного: периодические застывания в одной позе, сменявшиеся выраженным кататоническим возбуждением. Мальчик был амбивалентен, в его поведении имелись садистские компоненты и другие признаки нарушенных влечений. Сомнений не было: ребенок страдал шизофренией. Больному было назначено лечение; через 4—5 мес бо́льшая часть признаков расщепления психики уменьшилась, одновременно с этим уменьшилось, а потом и вовсе прекратилось недержание мочи и кала, которое было одним из симптомов шизофрении.

Некоторые заболевания головного мозга могут протекать с шизофреноподобной симптоматикой, особенно в инициальном периоде. Нередко первыми признаками заболевания, на которые обращают внимание окружающие, являются нарушения моче- и каловыделения. Во всех случаях вторичного недержания мочи и кала врач обязан с максимальным вниманием отнестись к больному, чтобы не пропустить грубое органическое расстройство нервной системы, особенно если оно прикрывается шизофреноподобной симптоматикой.

Больной 12 лет, всегда производивший впечатление совершенно здорового, на протяжении последних 2—3 мес стал дурашлив, чрезмерно и не к месту весел, непослушен, практически исчезли такие прежде выраженные свойства, как чувство дистанции, эмоциональная тонкость, склонность к иронии, деликатность, отзывчивость. Наряду с нарастающим душевным огрубением, сочетавшимся с нарушением памяти, появилось дневное и ночное недержание мочи и кала, не зависящее от каких-либо внешних причин. Порой складывалось впечатление, будто у мальчика исчезло понимание того, что он должен оправляться в соответствии с принятыми в человеческом обществе правилами.

Однако родители долгое время не обращали серьезного внимания на перемену в состоянии сына, объясняя это переутомлением, особенностями его характера, конфликтами с одноклассниками. Когда у мальчика несколько раз случилось недержание кала днем, они забили тревогу.

Детский психиатр, обнаружив у больного признаки так называемой лобной психики с мориоподобным синдромом, настоял, чтобы родители немедленно обратились к нейрохирургу. При нейрохирургическом обследовании был поставлен диагноз: опухоль лобной доли (одним из первых признаков заболевания было своеобразное недержание мочи и кала).

Недержание мочи и кала при маниакальных и депрессивных синдромах

В детском и подростковом периодах аффективные расстройства встречаются значительно реже, чем у взрослых больных, и имеют многочисленные особенности, описание которых не входит в задачу монографии. В последние

10—15 лет участились депрессивные нарушения и стали реже — маниакальные. При легких, стертых аффективных расстройствах (а именно такие и преобладают в настоящее время) недержание мочи и кала не отмечается — эти симптомы наблюдаются у больных с выраженными аффективными расстройствами как в рамках маниакально-депрессивного психоза, так и в рамках гипоманиакальных (или маниакальных) и депрессивных синдромов иной нозологической принадлежности.

При резко выраженном маниакальном состоянии, когда больные становятся патологически деятельными, активными, подвижными, говорливыми, неудержимо веселыми, недержание кала и мочи бывает чаще всего днем и обусловливается тем, что вследствие своей сверхдеятельности и приподнятого настроения больной не обращает внимания на такую «мелочь», как необходимость вовремя сходить в туалет. Крайняя дурашливость и эйфория приводят к тому, что больные могут оправляться в белье в самое неподходящее время, не испытывая эстетических неудобств из-за недержания мочи и кала, которое, если оно связано с основным заболеванием, не имеет (еще раз повторяем) никакого отношения к энурезу в традиционном смысле слова.

У некоторых людей с выраженным депрессивным синдромом также бывает недержание мочи. Тоска, тревога, чувство безысходности, скорбная поза — все это говорит о тяжелой депрессии, во время которой больные иногда оправляются под себя. Ход их мыслей приблизительно таков: все равно меня тоска замучила, все равно жизнь не мила, все равно все плохо, поэтому незачем ходить в туалет, к тому же от тоски нет сил посещать туалет. Правда, у некоторых больных в состоянии депрессии бывает как недержание мочи, в основном дневное, так и, наоборот, ее задержка. Последнее чаще всего отмечается при нигилистически-ипохондрическом синдроме, описанном в 1880 г. французским врачом Cotard. Одна из пациенток на вопрос Cotard, отчего она длительное время не ходит в туалет, ответила, что если она будет мочиться, то своей мочой зальет весь земной шар. Эта фраза вошла в историю.

В детском возрасте синдром Котара в традиционном виде не бывает — в основном это расстройство взрослых людей. У детей же подобные состояния рудиментарны, фрагментарны.

Недержание мочи и кала при гипердинамическом синдроме

Насколько редки в детском и подростковом возрасте грубые аффективные расстройства, настолько часто встречается синдром двигательной расторможенности, свойственный детям и реже подросткам. Обнаруживается это нарушение главным образом в 4—10-летнем возрасте.

Синдром двигательной расторможенности, или гипердинамический синдром, является результатом ранней органической неполноценности центральной нервной системы. Патология беременности, ненормальные роды, заболевания первых лет жизни, черепно-мозговые травмы — все это может привести к чрезмерной суетливости, двигательной активности, гиперреактивности ребенка. Такие дети не могут спокойно сидеть на месте, особенно если они переутомились или что-то привлекло их внимание. Во время двигательного возбуждения они не обращают внимания на позывы на мочеиспускание и оправляются в белье. В таких случаях нужно лечить не столько недержание мочи или кала, сколько синдром двигательной расторможенности.

Редкий человек не называл этого пациента исчадием ада. С 3—4-летнего возраста мальчик беспрерывно бегал, кричал, дрался, за все хватался, ни минуты не находился в покое. Во второй половине беременности мать болела воспалением легких, принимала антибиотики. Роды протекали тяжело — со стимуляцией родовой деятельности, наложением щипцов. Ребенок родился без асфиксии, развивался нормально. Обращала на себя внимание его чрезмерная подвижность и неуправляемость. Ночью он перестал мочиться с 2 летнего возраста, однако днем по нескольку раз в день мочился в белье. Воспитатели (ребенок находился в детском саду) отмечали, что он оправлялся в белье потому, что ему «недосуг сходить в туалет», так как он все свое время тратит на беготню, драки, игры. Особенно были выражены эти явления в 5—7-летнем возрасте: он давал волю своей активности, его ничто уже не могло сдержать. Параллельно этому участилось и дневное недержание мочи, в связи с чем мальчик в 7-летнем возрасте был консультирован детским психиатром.

Ребенку назначен тиоридазин (сонапакс, меллерил), что удивило родителей: они привели сына консультировать в связи с недержанием мочи, врач рекомендовал воздействовать на поведение больного, к чему родители привыкли и не обращали на это особого внимания. Однако через несколько дней лечения родителям стало ясно: снижение чрезмерной подвижности ребенка, спокойное состояние, внимательность, сдержанность уменьшили и дневное недержание мочи, а постоянное напоминание о том, чтобы мальчик следил за собой и при возникновении позыва к мочеиспусканию немедленно шел в туалет, полностью ликвидировали недержание мочи.

Гипердинамический синдром, как и все признаки резидуально-органической патологии, имеет явную тенден-

цию к постепенному редуцированию: обычно к 10—12-ле
нему возрасту у большинства больных он проходит и б
лечения; то же следует сказать и о недержании мочи
кала, вызванных двигательной расторможенностью.

Недержание мочи и кала при психопатоподобном синдроме резидуально-органического генеза

Еще более грубым проявлением резидуально-органич ской церебральной патологии перинатального и главн образом постнатального периода является психопато добный синдром, при котором нарушение влечений, ха тичность поведения, слабость этических представлен становятся наиболее грубыми, а недержание мочи и кал (почти всегда вторичное) заметным и резистентным к те рапии.

Выделяют разнообразные виды психопатоподобног синдрома подобного генеза, некоторые из них — с при знаками гипердинамического синдрома, а также умствен ной отсталостью (чаще всего невыраженной). Как и вс синдромы резидуально-органической церебральной непол ноценности, психопатоподобный синдром постепенно про ходит, особенно если своевременно и интенсивно лечит больного и исключать дополнительные мозговые инфек ции и черепно-мозговые травмы.

Больной 8 лет был приведен на консультацию по поводу днев ного и ночного недержания кала и мочи. Ребенок расторможенный суетливый, очень беспокойный: вскакивает, хаотически носится по ка бинету, кричит, хохочет. Мать считает, что до 3 лет его поведение было терпимым. Навыки регуляции кало- и мочевыделения у него сформировались к $1^1/_2$—2 годам, но после перенесенной в 4 года кли нической смерти (анафилактический шок) эти навыки исчезли, резко изменилось поведение ребенка, появилась резкая психическая и дви гательная расторможенность. Помимо этого, в психическом облике ре бенка много бездумности, огрубелости, он будто лишился тончайших проявлений возрастной индивидуальности — жалости, самолюбия, способности сопереживать, проявлять лидерские свойства и т. д. Ес ли ему в чем-то перечили, не выполняли его просьб или не удовлет воряли его физиологические потребности (он мог подобрать на улице грязный огрызок яблока и съесть его, не испытывая ни брезгливости, ни элементарной разборчивости в еде), он импульсивно возбуждался, кричал, становился агрессивным, жестоким. Чувство раскаяния нико гда не возникало. Интеллект не нарушен.

Во время беспрерывной бесцельной беготни мальчик забывал вовремя опорожнять кишечник — таков был механизм дневного не держания кала. Устав за день, он ночью спал «как убитый», поэто му возникало ночное недержание мочи и кала. Все это хроногенно сов-

адало с выраженным возбуждением днем и слишком крепким сном очью.

Ребенку был назначен аминазин по 25 мг 2—3 раза в день. Вско-е он стал значительно спокойнее; ему постоянно напоминали о том, то надо следить за своевременным опорожнением кишечника и мо-евого пузыря. Дневное недержание мочи и кала прекратилось. Днем альчик уже меньше уставал, поэтому не столь крепко, как прежде, пал ночью; ночное недержание мочи и кала также ликвидировалось.

Непроизвольное моче- и каловыделение при эпилепсии

При этом заболевании недержание мочи и кала бывает: 1) составной частью эпилептического припадка; 2) эквивалентом эпилептического припадка; 3) относительно независимым от эпилептического припадка расстройством. В последнем случае непроизвольное мочеиспускание (в основном речь идет о нем) может иметь самое различное происхождение и неодинаковую клиническую картину.

По-видимому, между недержанием мочи и эпилепсией есть нечто общее: по мнению многих специалистов, от 40 до 90% больных эпилепсией в детстве страдали непроизвольным мочеиспусканием во сне. Однако по сей день нет ответа на два вопроса: какой клинический вариант недержания мочи и какая форма эпилепсии (т. е. эпилептическая болезнь или эпилептиформный синдром) имели место у этих больных. Эпилептиформный синдром, по нашим данным, очень часто соседствует с некоторыми видами неврозоподобного недержания мочи, так как и эпилептиформный синдром, и некоторые типы неврозоподобного синдрома имеют одну этиологию — органическую церебральную недостаточность, которая часто наблюдается в детском возрасте.

Представителем крайней точки зрения на взаимоотношения между эпилепсией и недержанием мочи является детский психиатр из ФРГ R. Lempp (1965), рассматривающий ночное недержание мочи в качестве эквивалента эпилепсии. Электроэнцефалографические показатели, свойственные эпилепсии, он обнаруживал у 80% лиц, страдавших недержанием мочи во сне, т. е. энурезом. Подобную точку зрения не разделяют большинство специалистов. Однако если у больного с недержанием мочи имеется подозрение на эпилепсию, ему необходимо сделать электроэнцефалограмму, хотя зачастую и она не вносит ясность. Электроэнцефалограмма, за редким исключением, пока-

2 Заказ № 2785

зывает лишь относительно грубую, явную патологи клинически давно уже себя проявившую, и далеко всегда фиксирует субклинические формы эпилептичес болезни, да и расшифровка ЭЭГ во многом зависит квалификации нейрофизиолога. Хотя между эпилепс и энурезом, по-видимому, нет отчетливой этиологичес взаимосвязи, тем не менее нельзя игнорировать возмо ность сосуществования этих расстройств и наличие как то общих патогенетических звеньев. Мы неоднокра наблюдали больных, страдавших судорожными пароко мами, у которых временами появлялось ночное недер ние мочи.

Больной 14 лет с раннего детства страдал эпилептической лезнью с большими судорожными припадками, возникающими п мущественно во второй половине дня. Припадки заметно учаща если мальчик переутомлялся. После 10-летнего возраста припа явно участились, постепенно стали нарастать изменения личности эпилептическому типу. С 11 лет отмечалось ночное недержание м небольшими порциями, без просыпания, 4—5 раз в неделю незав мо от количества выпитой накануне жидкости.

Детский психиатр расценил появление ночного недержания м как один из симптомов нарастающей эпилепсии и увеличил дозу ф нобарбитала. Ночное недержание мочи после этого стало возни еще чаще, а иногда отмечалось по 2—3 раза за ночь. Это вызыва у родителей удивление, так как у их сына, страдающего эпилепс с раннего детства, недержания мочи прежде никогда не было. Ч большие дозы антиконвульсантов он получал, тем чаще появля ночное недержание мочи, несмотря на то, что подобное лечение п должалось около 3 лет и за это время ночное недержание мо должно было исчезнуть. Однако припадки становились все более р кими, а энурез оставался на прежнем уровне. К тому же ночн припадков у мальчика никогда не было, как не было и дневного н держания мочи — все это не укладывалось в гипотезу об энурезе к одном из симптомов эпилепсии.

Мальчик был консультирован нами. Во время беседы он жа вался на плохую переносимость жары, духоты, передвижения в тра порте, громких звуков и шумов. Считает себя невыносливым, раз ражительным. В 5-летнем возрасте во время одного из припадков с упал, ударился головой, был госпитализирован в связи с сотрясени ем мозга. В дальнейшем неоднократно ушибался головой во врем припадков. Припадки появлялись во второй половине дня; частот их и продолжительность были прямо пропорциональны степени пере утомления. Подобным же образом протекала эпилептическая болезн у его отца и дяди. Снижения интеллекта у больного не отмечалос

Мы рекомендовали резко уменьшить дозы фенобарбитала и дру гих антиконвульсантов и принимать их не на ночь, а только днем (во второй половине дня). Помимо этого, был рекомендован обяза тельный послеобеденный сон, прием аскорбиновой кислоты, препара тов калия, инъекции сульфата магния. Через 15 дней больной бы консультирован повторно. Все наши рекомендации он строго выпол нял; ночное недержание мочи полностью исчезло. В дальнейшем мы наблюдали больного на протяжении 6 лет; недержания мочи у него не было.

В чем же здесь дело? Вероятно, наиболее рациональным будет следующее объяснение. Как показывают наблюдения, для больных эпилепсией обычно характерен слишком глубокий сон (связано ли это с эпилепсией или с приемом антиконвульсантов, или с тем и другим — пока неясно). Сон во много раз углубляется от приема фенобарбитала и его производных, вследствие чего и возникает энурез. Помимо этого, у нашего больного (и у многих подобных больных) имелась выраженная церебрастения, обусловленная многократными сотрясениями мозга. Чем больше декомпенсировался головной мозг больного, тем чаще были припадки. Пациент постоянно переутомлялся, поэтому спал крепко и позыв на мочеиспускание не доходил до центров головного мозга, регулирующих пробуждение при позыве на моче- и каловыделение.

Все, что касается взаимосвязи недержания мочи и судорожных пароксизмов, полностью относится и к взаимосвязи недержания кала и эпилепсии, а также взаимосвязи недержания мочи и кала, с одной стороны, и эпилептиформных синдромов резидуально-органического происхождения — с другой. В таких случаях терапевтическая тактика должна определяться стремлением не углублять ночной сон подобных лиц. Излишне говорить, что их нельзя искусственно пробуждать ночью и давать им на ночь антидепрессанты и стимуляторы. Сложнее лечить лиц, одновременно страдающих ночным недержанием мочи и кала и ночными эпилептическими либо эпилептиформными припадками. Ясно одно: назначать им большие дозы фенобарбитала и близких к нему средств на ночь не следует; наиболее целесообразно применять при этом дифенин, который не вызывает глубокого сна.

Таким образом, видимо, имеет значение не только генетическая взаимосвязь энуреза и эпилепсии, но и чрезмерная глубина сна у больных эпилепсией (особенно страдающих резидуально-органическими нарушениями центральной нервной системы), многократно увеличенная приемом препаратов с сильным гипнотическим действием, часто назначаемых к тому же в слишком больших дозах и без нужды на ночь.

ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Развитие любой науки — это непрерывная цепь дифференциации, разграничения прежде неделимых признаков: от слишком общего к максимально конкретному по-

ниманию тех или иных явлений. Вряд ли можно прив[е]... еще один столь же убедительный пример дифференциа... симптоматики, как метаморфозу, происшедшую за

Табли...

Разграничение невротического и неврозоподобного (резидуально-органического церебрального генеза) недержания...

Признак	Невротическое недержание мочи	Неврозоподобн... недержание мо...
I. Клиническая характеристика		
Связь возникновения с психической травматизацией	Обязательна	Отсутствует
Связь возникновения с признаками дизонтогенеза или энцефалопатии	Отсутствует	Обязательна
Зависимость динамики от соматических заболеваний, физической усталости и т. д.	Незначительна	Выражена
Течение расстройства	Зависит от ситуации; недержание мочи то исчезает, то появляется	Монотонное, ...ливающееся от благоприятных ...логических возде...вий
II. Особенности психического состояния		
Церебрастенический и невропатический синдромы	Редко	Часто
Сопутствующие невротические расстройства	Почти всегда	Если и возни... в связи с недер...нием мочи, то ... в подростковом ...расте
III. Особенности неврологического состояния		
Очаговая неврологическая симптоматика	Редко	Часто
Вегетативно-сосудистые расстройства	Редки	Часты
IV. Данные параклинических исследований		
Изменения на ЭЭГ	Как в популяции в целом	У 40—80% по ...ганическому типу
Изменения на краниограмме	Признаки гидроцефалии редки и не выражены	Как правило, пр...знаки гидроцефалии

следние десятилетия с понятием «невроз». Термин «невроз» был введен во врачебный лексикон в 1777 г. профессором из Глазго Уильямом Келленом (1712—1790). Вначале неврозами именовали все расстройства, не сопровождавшиеся грубыми симптомами органического поражения. В дальнейшем дифференциация шла в направлении как разграничения разных форм неврозов друг от друга, так и отграничения неврозов от внешне похожих на них расстройств. Были описаны основные клинические формы неврозов, они были отдифференцированы от неврозоподобных нарушений резидуально-органического, экзогенно- и эндогенно-процессуального и наследственного происхождения, а также от других психогенных расстройств. К настоящему времени понятие «неврозы» значительно сузилось по сравнению даже с представлениями о них в середине XX столетия. Это порой вызывает недовольство некоторых ученых, утверждающих, что если эта тенденция сохранится, то неврозы превратятся в чрезвычайную редкость, а неврозоподобные расстройства займут доминирующее место. Подобный процесс дифференциации вряд ли можно остановить, он логичен и закономерен. Не в меньшей степени логично и закономерно стремление четко разграничить формы неврозоподобных расстройств, которые пока еще многими исследователями рассматриваются как нечто гомогенное.

В середине XX столетия были заложены основы дифференциации неврозов и неврозоподобных расстройств резидуально-органического происхождения. Исходя из выдвинутых учеными принципов, в 1973 г. была предпринята попытка разграничить невротические и неврозоподобные типы недержания мочи [Буянов М. И., Драпкин Б. З., 1973]. Основные критерии разграничения этих расстройств приведены в табл. 2.

Невротическое недержание мочи

Если этот тип патологии встречается во время сна, то он с полным правом может именоваться невротическим энурезом. Невротическое недержание мочи (см. табл. 2) может быть составной частью того или иного невроза (главным образом, невроза страха и истерического невроза), а может быть и одним из немногих симптомов (особенно если общеневротические расстройства уменьшились или вовсе исчезли) системных неврозов. Динамическое изучение неврозов показывает, что системные неврозы —

это чаще всего этап динамики общих неврозов и что самостоятельно системные неврозы почти не встречаются. При неблагоприятном течении невроза болезнь претерпевает следующие этапы: 1) невротическая реакция, продолжающаяся в течение суток и недель; 2) невротическое состояние, длящееся месяцы и годы; 3) многолетнее невротическое формирование личности, при котором нарастают изменения характера. Подобному традиционному разграничению неврозов с неблагоприятной динамикой противостоит понимание неврозов детского возраста с относительно благоприятной динамикой: от невротической реакции к выздоровлению порой через этап системных нарушений. Этот этап может продолжаться долго (иногда годы), и в таких случаях общеневротические расстройства у больного всегда будут заметны.

Непсихогенных неврозов не бывает. Они вызываются психической травмой, которая отражается в клинической картине заболевания. Чем больше времени проходит после действия травмы, тем меньше выраженность невроза («время лечит»). Эти три критерия психогенных расстройств [Jaspers K., 1913] — основа диагностики неврозов.

У больных неврозом имеется множество специфических переживаний. В частности, все больные неврозом в той или иной степени испытывают чувство неполноценности из-за реальных, а чаще преувеличенных или надуманных дефектов. Для них характерно обостренное переживание своих реальных нарушений. «Симптомов на копейку — переживаний на рубль. Впрочем, эти переживания и есть главный симптом», — рассказывал один больной.

Все больные неврозами предполагают и постоянно ощущают, что их мало любят, что к ним равнодушны. В этом — их своеобразный эгоизм.

Больной 6 лет случайно оказался свидетелем автомобильной катастрофы. От потрясения «остолбенел», не мог выговорить ни слова, потом пришел в себя, расплакался, ночью не мог заснуть. Когда под утро заснул, ему приснилось, будто он вновь наблюдает автомобильную трагедию. От страха — в сновидениях — обмочился. Как только это случилось, немедленно проснулся и еще больше стал переживать все случившееся на протяжении минувших суток. На следующий вечер, когда нужно было укладываться в постель, очень тревожился, как бы вновь не обмочиться. Заснул не скоро, с большим трудом, всю ночь мучили сновидения, вскоре проснулся от того, что постель была мокрой. На следующую ночь вообще не мог заснуть. Родители привели его к детскому психотерапевту. Ребенку назначили на ночь 5 мг седуксена (реланиума), чтобы

глубить сон, удлинить его и приблизить его наступление. Вскоре он наладился, энурез прекратился, ребенок стал спокойнее, уменьшилась и тревога, появлявшаяся вечерами. Одновременно с этим мальчику проводилась седативная суггестивная терапия в состоянии сомноленции.

Через 1 год, когда мальчик был практически здоров, он наблюдал в кинофильме ситуацию, аналогичную автомобильной катастрофе, так сильно поразившей его воображение. Вновь расстроился сон и возникли опасения — не обмочится ли он ночью. Из-за этого тревожного ожидания не мог заснуть. В 3—4 ч утра он заснул и опять обмочился. Ему назначили седуксен; через 5—6 дней указанные явления исчезли. Катамнез в 15-летнем возрасте показал, что от невроза с тревогой и ночным недержанием мочи не осталось и следа.

При невротическом расстройстве (независимо от того, протекает оно с недержанием мочи или нет) нарушаются взаимоотношения фаз сна: фаза глубокого сна сужается, укорачивается, а фаза поверхностного сна становится доминирующей и тянется практически всю ночь. Поэтому больным постоянно снятся обильные, зачастую мучительные сновидения, сопровождающиеся чувством страха и тревоги. В тематике этих сновидений преобладают ощущения утраты, ущерба, недостаточной любви. Большинству снится, например, что за ними кто-то гонится, они убегают, падают, испытывают чувство своей беззащитности и невозможности спастись от преследователей. От страха, испытываемого во сне, у больных на мгновение как бы выключается способность контролировать позыв на мочеиспускание. Затем, когда больной просыпается, эта способность автоматически восстанавливается. Лечение таких больных сводится к тому, чтобы углубить и удлинить ночной и дневной сон. С этой целью используют препараты успокаивающего действия и седативную психотерапию.

Как показывает наблюдение, иногда при ликвидации большинства симптомов невроза ночное недержание мочи еще сохраняется. В таких случаях следует продолжить прием препаратов седативного действия, а перед сном проводить внушение, оживляющее утраченный рефлекс на просыпание при сильном позыве на мочеиспускание. Такова общая стратегия лечения больных с невротическим недержанием мочи. О тактике лечения более конкретно речь пойдет в соответствующих главах.

Невротическое недержание мочи может проявляться не только во сне, но и наяву. Можно ли его в таком случае называть энурезом? Логично ли добавлять к этому обозначению прилагательное «дневной»? Как в пользу такого решения, так и против него можно привести множество

одинаково убедительных аргументов. Нам более импон
рует именовать такие случаи не термином «энурез» (
еще дневной), а полным русским определением, котор
может показаться слишком громоздким, но зато оно и
черпывающее и верно отражает суть явления: дневное н
вротическое недержание мочи.

Больной 5 лет рос и развивался без особенностей, но отличал
чрезмерной пугливостью, ранимостью, впечатлительностью. «Весь
отца по характеру», — утверждала бабушка больного. В детск
саду сверстники несколько раз рассказывали, что в лифте мож
застрять и задохнуться, особенно если дом многоэтажный. Мальч
на эти разговоры не обращал внимания, так как лифтом почти н
пользовался, а если и пользовался, то всегда в присутствии бабушк
Однажды он шел с бабушкой домой, и когда приблизились к лифт
бабушка сказала ему: «Зайди в лифт и подожди меня». Сама пош
вынимать почту из ящика. Она замешкалась, дверь лифта захло
нулась, и мальчик остался в кабине один. Мгновенно он вспомни
все рассказы сверстников, ему стало невыносимо страшно, он вес
задрожал, покрылся потом, от отчаяния перехватило дыхание и о
упустил мочу в белье. Когда бабушка через 1—2 мин вошла в лиф
на внуке «не было лица»: в глазах ужас, весь дрожит, не може
выговорить ни слова, на полу лужа мочи. Бабушка привела внук
в квартиру, успокоила, внук заговорил, но речь уже была с сильны
заиканием, по поводу которого он и был консультирован у детског
психиатра. Недержание мочи больше не повторялось.

Как же расценить состояние ребенка? Он перенес субшоковую
психическую травму, вызвавшую острую невротическую реакцию
страха, одним из проявлений которой было невротическое дневное
недержание мочи; к сну это эпизодическое упускание мочи не имело
отношения.

Мы считаем, что выражение «невротическое недержание мочи» шире термина «невротический энурез» и включает как случаи невротического недержания мочи во сне (независимо от того, какой сон — дневной или ночной, главное — сон), т. е. невротический энурез, так и случаи невротического недержания мочи, происшедшего в состоянии бодрствования.

Следует, однако, отметить, что изолированное невротическое недержание мочи в состоянии бодрствования встречается редко.

Невротическая задержка мочеиспускания

Не следует думать, что психогенные нарушения мочеиспускания исчерпываются лишь недержанием мочи: в практике психиатра нередко встречается невротическая задержка мочеиспускания, порой сочетающаяся с недержанием мочи.

Больная 8 лет, очень привязанная к бабушке, была потрясена, увидев, как на ее глазах бабушка неожиданно умерла. Позже девочка рассказывала: «Ноги приросли к полу, не могла вымолвить ни слова, будто всю парализовало. Вдруг мне захотелось в туалет, но от этой мысли меня бросило в жар: как ты смеешь думать об этом, когда умерла бабушка? Усилием воли я будто сжалась в комок и подавила желание сходить в туалет. Потом шла подготовка к похоронам, сами похороны, все были заняты, матери было не до меня. В туалет я ни разу не ходила в течение 5 дней. Я испугалась и обо всем рассказала маме. Она сделала мне клизму, дала слабительное, а затем отвезла в больницу; в приемном отделении меня катетеризировали, удалили мочу, все стало хорошо. Через 3 месяца, когда меня обидела учительница, я вновь перестала ходить в туалет. Через 3 дня опять сделали клизму и катетеризацию. Тут мама и привела меня к детскому психиатру».

У девочки — остаточные признаки перенесенного в раннем детстве органического повреждения центральной нервной системы: незначительная микросимптоматика со стороны черепных нервов, неравномерность сухожильных рефлексов, пошатывание в позе Ромберга. Выявлены также признаки церебрастенического синдрома: плохая переносимость жары, духоты, езды в транспорте, повышенная утомляемость и истощаемость. Из анамнеза известно, что девочка родилась от неблагополучных родов, в раннем возрасте развитие было своевременным.

С раннего детства девочка отличалась капризностью, большой эмоциональностью, упрямством, стремлением привлекать к себе внимание. В детском саду она, расталкивая детей, стараясь их перекричать, стремилась выступить на утреннике, когда в детский сад приезжала какая-либо делегация. Если родители не выполняли ее желаний, могла сутками плакать, стучать ногами, отказываться от еды. Единственным человеком, который шел на поводу у девочки, была бабушка, выполнявшая все прихоти внучки. Смерть бабушки вызвала у девочки острую психогенную реакцию с аффективно-шоковым расстройством, а затем задержкой моче- и каловыделения. Через 3 мес такая задержка повторилась также после психической травмы.

Если бы не было этих нарушений, никто не обращал бы внимания на остаточные явления раннего органического повреждения центральной нервной системы и акцентуированные свойства характера истерического типа. Но когда на их фоне возникли психогенные расстройства, на эти нарушения нельзя было не обратить внимания, причем возникало опасение принять условия или случайные совпадения за причину патологии. Этиологическим фактором острой задержки моче- и каловыделения были не остаточные явления раннего резидуально-органического церебрального дефекта и не особенности характера девочки, а психогенный механизм. И лечение в подобных случаях в первую очередь должно быть направлено на последствия этиологического фактора и лишь затем — воздействовать на почву, на которую упал этот фактор.

Синдром невротической дизурии

К невротическим расстройствам мочеиспускания относятся не только дневное и ночное недержание мочи невротического происхождения, не только невротическая задержка мочеиспускания, но и некоторые другие невротические расстройства, выступающие самостоятельно, а чаще всего сочетающиеся друг с другом. Весь этот комплекс невротических нарушений мы именуем невротической дизурией. В одних случаях это расстройство может рассматриваться как синдром (тогда лучше говорить о синдроме невротической дизурии) различных видов неврозов, в других — может быть относительно самостоятельным расстройством, изолированным от других невротических нарушений. В последних случаях мы предпочитаем говорить о неврозе мочевыделительной системы (синоним — невроз мочеиспускания) как об относительно самостоятельной форме системного невроза (по аналогии, допустим, с логоневрозом). Составные части синдрома невротической дизурии и невроза мочевыделения разнообразны. Кроме уже названных, упомянем наиболее частые.

Невротическая поллакиурия проявляется резким учащением мочеиспускания после психической травмы, волнений, при мысли о чем-то неприятном. Встречается чаще всего у лиц женского пола, по-видимому, вследствие большей эмоциональности, впечатлительности и других свойств характера, типичных для женщин. Нередко невротическая поллакиурия закрепляется по типу условного рефлекса.

Невротическая никтурия — перемещение выделения основного количества мочи с дневного времени на ночное. В дневное время отмечается нормальное выделение мочи или олигурия.

Больная 16 лет обратилась за помощью в связи с тем, что у нее во время ночного сна иногда бывает недержание мочи, но более всего ее мучило учащение мочеиспускания в ночное время: «Я просыпаюсь за ночь 7—8 раз (почти каждый час), чтобы помочиться; количество мочи всегда небольшое, а иногда, не успев встать с постели, обнаруживаю, что уже упустила мочу в белье. Я много раз обращалась к урологу, меня внимательно обследовали, но никакой патологии не находили. Уролог посоветовал проконсультироваться у психиатра».

Больная рассказала, что примерно полгода назад, когда у нее возник указанный комплекс нарушений, она познакомилась с 18-летним студентом, и они начали половую жизнь. Чтобы не забеременеть, будущая наша пациентка использовала различные приемы, но в основном следующий (слышанный ею от матери): после полового акта она упускала немного мочи, чтобы та попала во влагалище. Через 3—4 нед молодые люди поссорились и больше не встречались. У па-

циентки снизилось настроение, она с трудом засыпала, мучили сновидения об интимных отношениях, в которых она со своим молодым человеком, стала раздражительной, нетерпеливой. Чем чаще в сновидениях она вступала в половые отношения с молодым человеком, тем чаще возникали позывы на мочеиспускание и появлялось недержание мочи, после которого она мгновенно просыпалась. Постепенно больная заметила, что днем она стала мочиться несколько реже, чем прежде, зато ночью «не успевала бегать в туалет». Все это еще больше усиливало общеневротические явления.

Больной были назначены транквилизаторы и проведено внушение седативного содержания, которое больная записала на магнитофон и прослушивала перед засыпанием. Спустя приблизительно месяц она сообщила, что все нарушения у нее исчезли.

Невротическая полиурия — одно из наименее изученных невротических расстройств мочеиспускания. Встречается, по-видимому, очень редко.

Больная 28 лет, дважды рожавшая, обратилась с жалобами на многократное выделение большого количества мочи: «Откуда у меня столько берется? Я выделяю по 8—9 литров мочи в день, и так продолжается уже 3 месяца».

В процессе беседы с больной обнаружилось, что примерно 4 мес назад у нее произошел тяжелый конфликт на работе, сильно ущемлявший ее человеческое и профессиональное достоинство. Нарушился сон, снизились настроение, аппетит, стала слезливой и раздражительной. Если кашляла или поднимала тяжести, то отмечала, что по каплям выделяется моча, чего никогда прежде не бывало. Одновременно обнаружила, что мочеиспускание, хотя и не участилось и не стало болезненным, но стало очень обильным. В то же время жажды не было. Больная многократно консультировалась у урологов, которые, кроме недержания мочи при напряжении, ничего у нее не находили.

По поводу невротических расстройств больная обратилась к психиатру, который расценил увеличение количества выпускаемой мочи как невротическую полиурию. Психотерапевтическое воздействие в сочетании с седативными препаратами постепенно ликвидировало не только общеневротические симптомы, но и полиурию и недержание мочи при напряжении.

Патогенетические механизмы многих невротических нарушений мочеиспускания (особенно таких, как полиурия) фактически не изучены, хотя с точки зрения психопатологии и общебиологических закономерностей их можно отнести главным образом к истерическим.

Патохарактерологическое недержание мочи

К психогенным расстройствам относятся не только неврозы, но и психогенные (реактивные) психозы и особые личностные аномалии, именуемые патохарактерологическими реакциями и психогенными патологическими формированиями личности. О психогенных психозах с недер-

жанием мочи, встречающихся очень редко, мы лишь упомянем. Что же касается патологических формирований личности, то о них речь пойдет во второй части монографии.

Патохарактерологические реакции как вид болезненного реагирования на реально существующие микросоциально-психологические неприятности весьма распространены в детском и подростковом возрасте. Среди патохарактерологических реакций, протекающих с недержанием мочи, выделяются реакции активного и пассивного протеста. При других патохарактерологических реакциях недержание мочи (и часто сочетающееся с ним недержание кала) встречается редко.

Почти всегда недержание мочи и кала как патохарактерологическая реакция протеста отмечается в бодрствующем состоянии, носит осознанный характер и относится к группе сверхценных переживаний.

Больную 4 лет, чрезмерно привязанную к матери, отдали в детский сад. Мать вышла замуж и не хотела, чтобы дочь «надоедала» новому мужу. Дочь очень не хотела идти в детский сад, не хотела отрываться от матери и своего дома, не хотела, чтобы уменьшилось то внимание, которое она привыкла получать. Когда ее вели в детский сад, девочка кричала, упиралась, упрашивала мать не отдавать ее. Все было напрасно — мать твердо решила, чтобы дочь поменьше бывала дома. Это вскоре поняла и девочка. Педагоги заметили что она изменилась: снизилось настроение, стала замкнутой, задумчивой, молчаливой. Она не нарушала дисциплину и мало чем выделялась из сверстниц, но видно было, что девочка погружена в какие-то переживания. Вскоре в дневное время у девочки возникло недержание мочи и кала. Первый раз это обнаружилось после того, как девочку привел в детский сад ее отчим. Потом эти явления стали учащаться. Мать проконсультировала дочь у невропатолога, уролога и проктолога, которые не обнаружили у девочки никакой патологии, затем обратилась за психотерапевтической помощью. У девочки были диагностированы патохарактерологические реакции протеста в виде недержания мочи и кала, а также длительная невротическая депрессия. Родителям было объяснено, что если они не вернут девочку домой, то у нее может обнаружиться более стойкая деформация характера в виде патохарактерологического формирования личности с недержанием мочи и кала. Родители выполнили советы врача. Девочка получала транквилизаторы. Через несколько недель больная была здорова.

Патохарактерологические реакции могут закрепляться, генерализоваться, как бы отрываться от своей первопричины, становиться доминирующими в поведении. Постепенно трансформируется весь душевный облик больного, и в первую очередь это проявляется в его характере, который становится похожим на психопатический. Не зря многовековая мудрость говорит: «Посеешь поступок —

ожнешь привычку; посеешь привычку — пожнешь характер; посеешь характер — пожнешь судьбу». Впрочем, акие неблагоприятные варианты динамики патохарактеологических реакций с переходом их в патологические ормирования личности встречаются очень редко.

НЕВРОЗОПОДОБНОЕ НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ

Этот вид патологии проявляется главным образом во сне и поэтому подобные случаи могут быть расценены как энурез, но обязательно с добавлением соответствующего прилагательного.

Если психогенные формы недержания мочи являются социально обусловленными и вызываются лишь психогенными факторами, то неврозоподобное недержание мочи порождается биологическими дефектами: определенной патологической наследственностью, патологией беременности, родов, постнатального периода. Неврозоподобное недержание мочи (врожденное или приобретенное) — понятие сборное, включающее множество разнородных явлений, объединенных отсутствием психогенного происхождения, прогредиентности, заметного переживания своего страдания и других критериев (см. табл. 2). Роль наследственности в происхождении различных случаев недержания мочи различна. Когда речь идет о психогенных формах недержания мочи, то наследственно обусловленные особенности конституции больного (психической и физической) могут играть предрасполагающую роль. На подобный locus minoris resistentiae падает психогенный фактор, и возникает комплекс психогенных расстройств, включающий недержание мочи. Что же касается неврозоподобного недержания мочи, то в одних случаях роль наследственности аналогична роли наследственности при психогенном недержании мочи (только тут провоцирующую, определяющую роль играет не психогенный фактор, а фактор ранней резидуально-органической неполноценности нервной системы или разрушение сформировавшейся функции регуляции мочевыведения благодаря нейроинфекциям или ушибам головы и сотрясениям мозга в постнатальном периоде), в других случаях наследственная отягощенность столь выражена, что является единственной причиной появления недержания мочи. Возможны и смешанные формы.

Многие авторы выделяют наследственно обусловленные формы недержания мочи, а некоторые не упоминают их

вовсе. Иногда наследственные формы указанной пато- гии скрываются под термином «врожденное недержан мочи» [Давиденков С. Н., 1963]. В. В. Ковалев (1979) пр тивопоставляет дизонтогенетическое недержание мочи не розоподобному. По его мнению, «в основе последнего пре полагается нарушение еще недостаточно упроченного це ребрального механизма регуляции мочеиспускания по влиянием мозговых инфекций, травм, интоксикаций. Н врозоподобный энурез в связи с этим, как и невроти ский, всегда является вторичным»[1]. Полностью разде содержание описанного В. В. Ковалевым вторичного невр зоподобного энуреза, мы тем не менее вправе спроси куда же относить столь часто встречающиеся в практи врача виды недержания мочи, в происхождении котор роль идентичной наследственности минимальна или да символична, а на первый план выходят последствия пато логии беременности или родов? Это не наследственны энурез и не вторичный неврозоподобный, но какой же? Д и в чем состоят клинические различия между наследствен ным и неврозоподобным (первичным или вторичны энурезом? Мы этих различий не видим: если они и есть то носят второстепенный характер. Исходя из этого, мы выделяем первичный неврозоподобный энурез, включаю- щий три формы (наследственно обусловленную, вызван- ную патологией беременности, родов и первых лет жиз- ни, разграничение которых не всегда возможно, так как чаще всего встречается смешанный по генезу вариант), и вторичный неврозоподобный энурез, возникший в возрасте 3—4 лет и старше под влиянием мозговых инфекций и травм.

Любое врожденное недержание мочи всегда в большей или меньшей степени дизонтогенетическое.

По данным, основанным на приблизительной оценке состояния всех больных, которые обращались к нам за по- мощью, из каждых 10 детей и подростков с недержанием мочи 8 страдали неврозоподобным, 1 — невротическим и еще 1 — каким-либо иным видом непроизвольного моче- испускания. Однако к подобным выводам следует отно- ситься с известной осторожностью, так как к нам обраща- лись в основном наиболее трудные больные, резистент- ные к терапии, многократно и безуспешно лечившиеся у разных специалистов. Из всех больных с различными ви-

[1] *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979, с. 310.

дами недержания мочи самыми невосприимчивыми к лечению являются больные с неврозоподобными формами: может быть, именно поэтому среди наших больных преобладали лица с этой патологией.

Как уже отмечалось, в происхождении первичного неврозоподобного энуреза главную роль играют наследственные и резидуально-органические факторы. Практически у всех подобных больных[1] имеются родственники, у которых когда-то были нарушения, связанные с контролем мочеиспускания: в одних случаях из поколения в поколение многие прародители и родственники до определенного возраста мочились во сне, в других случаях аномалии со стороны урогенитальной сферы были почти незаметны, но все же имелись; тщательный сбор анамнестических сведений обычно обнаруживает в таких семьях людей, у которых было недержание мочи на фоне опьянения, во время родовых потуг, сильного волнения, хотя в неэкстремальных ситуациях они были здоровы.

Если наследственный фактор является фактически единственной причиной непроизвольного мочеиспускания, то можно говорить о наследственном энурезе. Чаще же наследственная предрасположенность реализуется действием органических факторов в период беременности, во время родов и в первые годы после рождения. Понятно, что в последнем случае клиническая картина будет смешанной: помимо недержания мочи (выступающего в наиболее изолированном виде при наследственной форме первичного неврозоподобного недержания мочи), будут определяться признаки гипердинамии, церебрастении и другие остаточные явления раннего резидуально-органического церебрального дефекта.

Первичный неврозоподобный энурез с годами чаще всего бесследно проходит: у больных медленно формируются

---

[1] Сведения о распространенности разных форм недержания мочи не систематизированы, так как почти все исследователи относились к недержанию мочи как к чему-то однородному и аморфному. Вот типичный пример: «Кроме недержания мочи, у больных энурезом отмечаются необычно крепкий сон, ослабление памяти, умственных способностей, дефекты речи» (Справочник уролога, М.: Медицина, 1978, с. 317). По нашим данным, неврозоподобное недержание мочи у лиц мужского пола встречается примерно в 5 раз чаще, чем у лиц женского пола. Что касается психогенных форм недержания мочи, то невротические формы несколько чаще бывают у лиц женского пола, а патохарактерологические формы встречаются, по-видимому, одинаково часто у лиц разного пола, хотя не исключено, что в этих случаях несколько преобладают лица мужского пола.

навыки регуляции мочеиспускания во сне, причем эта функция постепенно сравнивается с нормой. При вторичном же неврозоподобном непроизвольном мочеиспускании указанная функция в той или иной степени разрушается, уже сформировавшаяся, что обусловлено более или менее значительным поражением центральной нервной системы. Обычно это бывает вследствие менингоэнцефалита, сотрясения мозга с корсаковским синдромом, афазией и т. д., при церебральном объемном процессе. Поскольку основное расстройство у этих лиц ярко выражено, такой незначительный признак, как недержание мочи, от которого никто еще не умирал, естественно, не привлекает к себе особого внимания.

Что общего в клинической картине разных видов первичного неврозоподобного непроизвольного мочеиспускания наследственного или резидуально-органического происхождения?

Первое, что обращает на себя внимание, — это то, что больные не переживают из-за своих нарушений. Будь то неврозоподобное заикание, тик или недержание мочи, они относятся к ним безразлично. На словах больные, правда, хотят избавиться от этих симптомов, но это только на словах. Чем больше удастся заставить больного следить за собой, выполнять инструкции врача, чем больше будет фиксировано внимание больного на его заболевании (в сочетании, конечно, с другими методами воздействия), тем быстрее наступит избавление от неврозоподобных расстройств.

Следовательно, форма и степень переживания своего состояния и есть один из главных критериев разграничения неврозов и неврозоподобных расстройств. Противники этой точки зрения утверждают: дети потому и не переживают свои расстройства, что они дети. Поэтому, дескать, незачем делить болезни на переживаемые и непереживаемые, нет никакой нужды разграничивать неврозы и неврозоподобные расстройства. В том-то и дело, что главное — это не возраст появления болезни (чем старше — тем больше переживаний, это естественно), хотя и он важен, а суть болезни. Неврозоподобные расстройства не переживаются детьми не потому, что они дети, а потому, что это неврозоподобные нарушения. Неврозы же переживаются именно потому, что они неврозы. Возрастным фактором можно объяснить только то, что неврозы в дошкольном возрасте действительно относительно редки. Но какие это неврозы? Если говорить о тех, что бывают у под-

ростков и взрослых больных, то такие неврозы в дошкольном возрасте встречаются редко. Если же говорить о специфических неврозах детского возраста (в первую очередь о неврозе страха), то они встречаются очень часто. Другое дело, что у некоторых больных с годами стирается грань между невротическими и неврозоподобными расстройствами. Причина тут лишь одна: при неблагоприятных условиях неврозоподобные нарушения могут обрастать в подростковом и в более старшем возрасте невротическими наслоениями, иногда значительными. Какова причина этих наслоений?

На первый взгляд любой психически здоровый человек должен страдать от любой формы недержания мочи, так как неопрятность несвойственна человеку, но только взрослому человеку и без психических аномалий. Когда же речь идет о детях, то у них навыки опрятности формируются постепенно, в результате воздействия социальной среды. К тому же у детей инфантильных, примитивных обнаруживается снижение эстетических представлений. На словах они рады бы избавиться от недержания мочи, они якобы страдают от него, а на деле же этого нет.

Более того, страдание страданию рознь: мы говорим не о страдании вообще как об общечеловеческом понятии, а как о проявлении невротического переживания, т. е. о клинической категории.

В тех случаях, когда на фоне первичного неврозоподобного энуреза возникали невротические наслоения, переживание собственной болезни стояло не на первом месте (каждый врач знает случаи, когда больной долгие годы оправлялся во сне под себя и в отличие от больного неврозом не переживал из-за этого, хотя как умственно полноценный, цивилизованный человек жаждал избавиться от болезни). Главное, что мучило больных — это отношение к ним окружающих. Если те узнавали об их болезни, если над ними подтрунивали и иронизировали, то вначале возникали обычные, но чрезмерные человеческие реакции, которые потом переходили в невротические. Для лиц с неврозоподобным энурезом страшен не энурез (они его почти или вовсе не переживают), а то, что о нем узнают окружающие и будут смеяться. Именно поэтому больные отказываются ехать в пионерский лагерь и находиться в других общественных местах, где неминуемо окружающие узнают об их болезни. Более того, оказавшись в больнице, пионерском лагере или в другом людном месте, они начинают строго выполнять режим, конт-

ролировать себя (то, чего они не делали дома), и недержа-ние мочи у них, как правило, прекращается. Вернувши-же домой, они вновь перестают следить за собой, при это невроподобный энурез появляется вновь.

Как часто возникают вторичные невротические насло-ния на неврозоподобный энурез? Это неизвестно, ибо ни кто из исследователей так детально не дифференциру эти нарушения. По нашим сведениям, в значительной сте пени носящим характер общих впечатлений, невроти-ческие наслоения на первичное неврозоподобное недержа-ние мочи встречаются максимум у $^1/_5$—$^1/_6$ части подрос-ков и юношей, у остальных же невротических наслоени не бывает.

С появлением невротических наслоений появляютс как бы два заболевания, что затрудняет лечение больно-го. Что же касается данных ЭЭГ и результатов други параклинических исследований, то и при невротическом и при неврозоподобном энурезе принципиальных различи нет, хотя у больных с неврозоподобным недержанием мо-чи выраженность резидуально-органической патологи всегда больше, чем у лиц с невротическим недержание мочи, особенно если речь идет не о наследственном не-врозоподобном непроизвольном мочеиспускании (оно всегд первичное), а о вторичном или о первичном, но вызванно перинатальной или постнатальной патологией.

Неврозоподобное недержание мочи характеризуетс также монотонностью, однообразием проявлений, незави-симостью от тонких психических переживаний, прямо связью с соматическим неблагополучием, физической ус-талостью, метеорологическими и климатическими факто-рами (так называемые весенне-осенние учащения непроиз-вольного мочеиспускания, усиление недержания мочи при переохлаждении).

Как бы ни были важны сведения об этиологии недер-жания мочи, самое главное для врача — это знание па-тогенеза. Без этого невозможна успешная терапия. Поэто-му каждый врач обязан стремиться понять интимные ме-ханизмы заболевания, чтобы назначить адекватную тера-пию.

Проблему патогенеза разных видов неврозоподобного недержания мочи можно сформулировать следующим об-разом: что передается по наследству, что недоразвивает-ся, что повреждается в результате органического цереб-рального заболевания?

Патогенетические варианты неврозаподобного недержания мочи

Условно можно выделить 4 основных патогенетических варианта первичного неврозоподобного недержания мочи: 1) вследствие профундосомнии; 2) вследствие дисфункций сфинктеров уретры; 3) вследствие дисфункции мочевого пузыря; 4) смешанные формы (в том числе и случаи невыработки или утраты праксиса). В вычленении этих вариантов играют роль и клинический подход, и данные параклинических исследований.

Приблизительно у 70—75% всех больных с первичным неврозоподобным недержанием мочи имеет место слишком глубокий сон. Других нарушений у них нет. Чересчур глубокий сон[1] вызывается наследственными факторами или органической церебральной патологией. В практике любого врача встречаются семьи, все члены которых спали очень глубоко и у большинства из них до определенного возраста были нарушения мочеиспускания. Каждый врач знаком с детьми, у которых профундосомния вызвана их повышенной утомляемостью за счет церебрастении или чрезмерной гиперактивности во второй половине дня. «Набегается, а потом спит, как убитый; его и пушкой не поднимешь в туалет», — говорят о таких детях. Однако анамнестические сведения всегда носят второстепенный характер. Главное — клиника. Какие же клинические критерии могут убедить врача, что перед ним находится больной с профундосомнией? Таких критериев несколько: 1) ребенок обмочился и продолжает мокрый спать, лишь в крайнем случае переворачивается на другой бок; 2) непроизвольное мочеиспускание возникает не под утро, когда мочевой пузырь переполнен, а в первой половине ночи, очень часто в первые 2—3 ч сна; 3) эти больные обычно говорят, что им вообще не снятся сны или сновидения чрезвычайно редки. Этот вид непроизвольного недержания мочи бывает лишь во время продолжительного сна, в основном ночью. Недержание мочи во время дневного сна, имеющее подобный патогенез, встречается относительно редко.

---

[1] Б. И. Ласков и А. Я. Креймер (1975) называют это состояние гиперсомнией, большинство же исследователей обозначают гиперсомнией повышенную сонливость, не характеризующую глубину сна. Мы предлагаем называть чрезмерно крепкий сон профундосомнией: от profundus, a, um (лат.) — глубокий, бездонный, чрезмерный и somnus, i (лат.) — сон, дремота, сонливость.

Начиная с 1953 г., когда были опубликованы работы E. Aserinsky, а также N. Kleitman, W. Dement и др., выделяются две основные фазы сна: медленный сон (синонимы: медленноволновый, синхронизированный, ортодоксальный сон и др.) и быстрый сон (синонимы: парадоксальный, ромбэнцефалический, активированный, сон со сновидениями и т. д.). Каждый вид сна имеет несколько стадий. Были предприняты попытки [Гольбин А. Ц., 1973] проанализировать ночное недержание мочи с точки зрения нарушения указанных фаз сна. Полученные результаты оказались весьма противоречивыми и клинически недостаточно убедительными. Полиграфическое изучение циркадных ритмов сна — бодрствования, несмотря на очевидные достижения, все еще недостаточно для познания интимных сторон проблемы сна и сновидений. Со временем развитие техники, безусловно, поможет расшифровать еще не исследованные механизмы сна, но пока эта проблема далека от разрешения и поэтому главным инструментом врача остается метод клинического анализа. Этот метод показывает, что чрезмерное углубление сна (видимо, совпадающее с углублением и удлинением фазы медленного сна) при некоторых формах неврозоподобного недержания мочи есть объективная реальность, которую не подвергает сомнению ни один серьезный исследователь. Но тут неизбежно встает вопрос: сон ли слишком глубокий или позыв на мочеиспускание слишком слаб и от этого больной своевременно не просыпается? По-видимому, можно отметить следующие варианты: 1) сон слишком глубок (нет сновидений и т. д.) и поэтому нормальный или тем более слабый позыв на мочеиспускание не доходит до корковых центров; 2) сон нормальный, но позыв слишком слаб. Вероятно, объяснить разную глубину сна в таких случаях можно тем, что сон — явление быстро меняющееся, зависящее от множества разнообразных факторов: сегодня сон глубокий, а завтра неглубокий. Глубина сна меняется даже на протяжении ночи, она крайне индивидуальна и вариабельна.

Родители привели студента-первокурсника на консультацию по поводу того, что тот стал слишком часто выпивать и проводить время в кафе. Каких-либо грубых психических нарушений, кроме первичного неврозоподобного недержания мочи, обусловленного чрезмерной глубиной сна, и начальных признаков хронического алкоголизма, у пациента не было. Приводим выдержки из его рассказа, объясняющего механизмы происходящих в нем перемен. «Я родился в обеспеченной семье, где не хватало лишь птичьего молока. Был здоров, ничем не болел. Но в нашем роду у всех одна странность:

спим, словно убитые, а если не выспимся, то весь день ходим, как вареные. Из-за слишком глубокого сна у моего отца и у его братьев до 10—12 лет было ночное недержание мочи. То же самое было и у меня. Я терпеливо ждал, когда все пройдет без лечения: родители не хотели меня лечить, так как были уверены, что все и так кончится благополучно. Шли годы, но недержание мочи не прекращалось. Оно было нечастым: обычно 3—4 раза в месяц. С годами становилось даже пореже. Оно учащалось, если вечером уставал, много читал и смотрел разнообразные телевизионные передачи. Стоило днем поспать — и ночного недержания мочи не было. От количества выпитой вечером жидкости недержание мочи не зависело — зависело только от крепкого сна.

Кончил школу, поступил в университет. Казалось бы, все удачно. Но, видно, очень устал, переутомился, а от этого сон стал совсем беспробудный. Недержание мочи участилось. Стал переживать это. Переживания заключались в тревожном ожидании: а вдруг не пройдет?

После первой стипендии однокурсники пошли в кафе. И я с ними. Там пили вино и танцевали. После танцев одна из постоянных посетительниц кафе увела меня к себе. Я сильно устал и вскоре заснул. Конечно, обмочился. Утром моя знакомая стала стыдить: знала бы, что ты мочун, не привела бы к себе, и т. д. Я чуть не умер от стыда. Она вроде сжалилась надо мной и сказала, что я мочусь потому, что крепко сплю. Мне нужно принимать лекарства, которые сделают мой сон не таким глубоким. Вечером надо пить кофе, а перед сном рюмку — другую коньяку: из-за этого я буду просыпаться быстрее, у меня появятся сновидения.

Я последовал совету этой женщины. Действительно, сон постепенно изменился: возникли сновидения, я перестал мочиться, но оттого, что спал некрепко и мало, чувствовал себя нехорошо, днем постоянно хотелось спать. Однако главного я добился — недержание мочи прекратилось. Через 4—5 нед заметил, что сон у меня вконец расстроился: засну и через 3—4 ч уже просыпаюсь — не спится. К этому времени я уже выпивал по 150—200 г коньяка, так как от 1—2 небольших рюмок толку не было. То ли от коньяка болела голова и я был, как вареный, то ли оттого, что мало спал — неважно. Короче говоря, сон нарушился, по утрам тряслись руки, хотелось опохмелиться. Я сильно перепугался и рассказал обо всем матери, которая привела меня к психиатру».

Мы привели этот рассказ не только для иллюстрации того, что в природе существует первичное неврозоподобное ночное недержание мочи, обусловленное профундосомнией, но и для того, чтобы показать, как самолечение может привести к тяжким последствиям. Даже в лучшем случае, как у этого студента, непроизвольное мочеиспускание во сне прекратилось, но начался хронический алкоголизм.

Вторым патогенетическим вариантом первичного неврозоподобного недержания мочи является такой вид этой патологии, при которой нарушается тонус уретральных сфинктеров. Встречается эта аномалия приблизительно у 20% всех пациентов с неврозоподобным недержанием мочи.

Клиническими критериями диагностики подобного на-
рушения являются: 1) обмочившись, такие больные ср[азу]
же просыпаются; 2) имеется четкая взаимосвязь ме[жду]
количеством выпитой жидкости и частотой недержа[ния]
мочи: чем больше выпито, тем чаще наступает непро[из-]
вольное мочеиспускание; 3) недержание мочи быв[ает]
только ночью и только под утро, когда мочевой пуз[ырь]
уже не в силах выдержать напор мочи; 4) во время [не-]
держания мочи одноразово полностью опорожняется м[о-]
чевой пузырь, поэтому количество мочи обычно вели[ко].

Третьим патогенетическим вариантом первичного н[еф-]
розоподобного недержания мочи, менее четким и одноро[д-]
ным, чем предыдущие, являются различные дисфункц[ии]
мочевого пузыря без грубого анатомического дефекта. О[н]
встречается примерно у 5—10% всех пацентов с невр[о-]
зоподобным недержанием мочи.

Признаком дисфункции мочевого пузыря является [то,]
что моча выделяется небольшими порциями, за ночь так[ие]
пациенты могут обмочиться даже 4—5 раз. Обмочивши[сь,]
они, как правило, сразу же просыпаются. Иногда позы[в]
на мочеиспускание оказывается неодолимым и требующ[им]
немедленного удовлетворения, поэтому, даже уже пр[о-]
снувшись, пациент выпускает порцию мочи в постель. Эт[от]
вид патологии часто бывает и вне связи со сном. Помим[о]
гипотонии и атонии мочевого пузыря, могут быть и друг[ие]
расстройства этого органа без грубого анатомическо[го]
дефекта. Такие нарушения мы обобщенно и схематическ[и]
называем дисфункцией мочевого пузыря. Многие тип[ы]
этой дисфункции еще не изучены, но клинические проя[в-]
ления их описаны.

Следует отметить, что в отношении состояния тонуса
уретрального сфинктера и мочевого пузыря нет единства
мнений даже среди урологов, изучавших наиболее грубые
формы недержания мочи, при которых неминуемо должны
быть обнаружены явные признаки патологии указанных
мышц. Считается, что тонус может быть нормальным,
пониженным или повышенным. Некоторые исследователи
[Державин В. М. и др., 1981] приходят к выводу, что
примерно у 70% детей с энурезом (всеми формами? —
М. Б.) обнаруживается незаторможенный мочевой пузырь
как следствие детрузорно-сфинктерных диссинергий. Од-
нако подобные диссинергии могут появляться и меняться
даже на протяжении дня, не говоря о том, что они обяза-
тельно возникают и усиливаются во время инструменталь-
ного обследования.

По-видимому, пока следует говорить в более общей форме — не о гипотониях или гипертониях сфинктерно-детрузорной системы (это еще нужно доказать), а о дистониях, нуждающихся в медикаментозном, физиотерапевтическом, лечебно-физкультурном и психотерапевтическом сбалансировании. Это подтверждает и лечебная практика. Эмпирический опыт, пока еще не опирающийся на безусловные морфологические или физиологические аксиомы, позволяет давать высокоэффективные рекомендаций по нормализации тонуса уретрального сфинктера и детрузора мочевого пузыря.

Обследование больных с недержанием мочи

Многие урологи и педиатры рекомендуют всем пациентам с непроизвольным упусканием мочи проводить следующее обследование: 1) трехразовый общий анализ мочи; 2) анализ мочи по Зимницкому; 3) бактериологический анализ мочи; 4) исследование спонтанного ритма диуреза; 5) цистоскопию, микционную цистоуретрографию, выделительную уретрографию; 6) неврологическое обследование (включая электроэнцефалографию).

Подобное обследование (особенно если в него включить и консультацию психиатра) было бы исчерпывающим, однако оно необходимо лишь в единичных случаях — только при подозрении на дисфункцию урогенитальной системы.

Обследование у специалиста должно быть целенаправленным, для получения абсолютно достоверной и незаменимой для диагностики и лечения информации. К сожалению, это бывает далеко не всегда. Приведем лишь один пример. В 1909 г. Fuchs и Mattauschek опубликовали ряд работ, в которых излагали созданную ими теорию миелодисплазии. Ее суть сводится к тому, что недержание мочи и еще десяток самых разнообразных заболеваний (радикулит, остеохондроз и т. д.) якобы обусловлены незаращением дужек нижних поясничных и крестцовых позвонков. Последнее приводит к сдавлению спинного мозга, а это в свою очередь вызывает непроизвольное мочеиспускание и другие заболевания.

С 20-х годов нашего столетия, когда рентгенография все быстрее начала входить в арсенал медицинской службы, снимки костей крестцового и поясничного отделов позвоночника стали делать чуть ли не всем больным с недержанием мочи. Кто ищет, тот всегда находит — то

же случилось и тут: у подавляющего большинства ли
недержанием мочи обнаруживали незаращение дужек
звонков (spina bifida occulta). Эту находку и счита
едва ли не единственной причиной недержания мо
Правда, наиболее осторожные специалисты еще 30—
лет назад предупреждали: незаращение дужек позвон
встречается и у здоровых людей, и у больных самы
различными расстройствами, не имеющими ни к недерж
нию мочи и кала, ни к радикулитам, ни к половым н
рушениям никакого отношения. Незаращение дужек п
звонков говорит лишь об одном: у данного человек
замедлен процесс формирования костной системы. Э
замедление всегда временно: оно сходит на нет у бо
шинства людей к 10—15 годам (у некоторых позже). Э
по существу одна из форм инфантилизма, показатель н
зрелости организма, в первую очередь его костной си
темы.

Казалось бы, это простая и давно установленная исти
на, однако и по сей день тысячам детей производят рен
геновский снимок поясничного отдела позвоночника, хот
в этом нет никакой нужды. Тратится множество киломе
ров рентгеновской пленки, отнимается время и у пацие
тов, и у рентгенологов, не говоря о бесчисленных ятро
ниях, вызванных обнаружением spina bifida occult
Больной считает, что врач неспроста послал его на рен
геновское исследование, а на снимке нашли патологи
значит, он болен. Начинаются ипохондрические пережи
вания пациента и мучения его родных и близких, которы
никоим образом невозможно учесть. И все из-за того
что врач не подумал о том, зачем он направляет человек
на обследование, которое в подавляющем большинстве
случаев заведомо не несет необходимой диагностическо
информации, а лишь вызывает психологический и мате-
риальный ущерб.

В каких случаях необходимо делать снимок костей
поясничного отдела позвоночника? Только при стойком
недержании мочи, длящемся годами и резистентном к
патогенетической терапии; при выраженной неврологиче-
ской патологии, заставляющей подозревать поражение
спинальных механизмов регуляции моче- и каловыделения.

Что же касается рентгеноурологических исследований
(экскреторная урография, цистоуретрография, цистоско-
пия и т. д.), то, по данным подавляющего большинства
авторов, у многих детей и подростков выявляются текущие
либо перенесенные в прошлом почечные заболевания или

некоторые отклонения со стороны урологической сферы (пиелонефрит, катаральный шеечный цистит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, трабекулярность стенки мочевого пузыря и т. д.). Однако до сих пор остается неясным, какую роль играют эти находки, обнаруживаемые, как правило, случайно либо у больных с заведомо почечной и урологической патологией. При детальном урологическом обследовании лиц с энурезом очень часто обнаруживается, например, симптом Алексеева — Шрамма, свидетельствующий о паретическом состоянии сфинктера мочевого пузыря, однако как часто этот симптом встречается у лиц без недержания мочи (здоровых или больных урологической патологией) — неизвестно. Тем не менее если это и случайное совпадение, то и тогда необходимо обследовать у уролога лиц с резистентным к терапии энурезом.

Частое дневное недержание мочи непсихогенного характера и не обусловленное гипердинамическим синдромом или признаками душевного заболевания является показанием к обязательной консультации у уролога: у многих таких детей встречаются хронический цистит и другие урологические расстройства.

Еще раз повторяем: главным показанием к обследованию ребенка с недержанием мочи у уролога должны быть данные клинической картины. Например, если у девочки (у мальчиков реже) по каплям выделяется моча, необходимо исключить внепузырную эктопию устья одного из мочеточников. Если резко увеличивается выделение мочи ночью, а днем пациент мочится редко, следует исключить контрактуру шейки мочевого пузыря, и т. д.

Таким образом, несмотря на то что урологическое обследование далеко не всегда дает ценную и безусловную информацию, игнорировать его нельзя. Именно лиц с грубой дисфункцией мочевого пузыря и следует направлять на консультацию к урологу, у которого они и должны в дальнейшем лечиться. Больные с первичным неврозоподобным недержанием мочи, обусловленным чрезмерным сном или дистонией уретральных сфинктеров, пациенты с вторичным неврозоподобным недержанием мочи, вызванным грубым органическим поражением центральной нервной системы, больные со всеми видами психогенного недержания мочи и психозами не нуждаются в лечении у уролога. Решить, кто нуждается, а кто нет, могут педиатр, невропатолог, психиатр и, конечно, уролог. Врач общего профиля (терапевт, хирург, педиатр) является как бы диспетчером, распределяющим больных по различ-

ным специалистам. Если у больного психогенное или п[...] хотическое недержание мочи, его направляют к псих[...] ру. Если недержание мочи вызвано дисфункцией мочев[...] пузыря, — к урологу. Если в основе первичного нев[...] зоподобного недержания мочи лежит профундосомни[...] дистония уретральных сфинктеров, то педиатр сам ле[...] таких больных или направляет их к невропатологу ли[...] психиатру.

Подобные рекомендации должны учитывать не толь[...] клинический вариант недержания мочи, но и личност[...] фон, на котором развилась эта патология. Если в хара[...] тере пациента явно доминируют тормозимые, возбудимые, инфантильные и другие личностные радикалы, его необ[...] ходимо проконсультировать у психиатра, который да[...] рекомендации в отношении не только непроизвольно[...] мочеиспускания, но и коррекции личностных особенносте[...] мешающих выполнению больным врачебных советов п[...] ликвидации недержания мочи.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕПРОИЗВОЛЬНОГО КАЛОВЫДЕЛЕНИЯ

Недержание кала, так же как недержание мочи, является симптомом различных в клиническом, этиологическом и патогенетическом отношении расстройств. Точных данных о распространенности недержания кала не существует. По-видимому, оно встречается в 10—15 раз реже недержания мочи и, так же, как недержание мочи, является преимущественно «мужской» болезнью: у девочек недержание кала встречается очень редко. В постпубертатном периоде недержание кала диагностируется в единичных случаях (за исключением недержания кала из-за анатомических дефектов). По степени выраженности недержание кала (и соответственно мочи) может быть частым (один или несколько раз в сутки), умеренным (1—3 раза в неделю), редким (1—3 раза в месяц) и эпизодическим. Недержание кала может быть врожденным (первичное недержание кала) и приобретенным (вторичное недержание кала).

Обычно навыки опрятности устанавливаются у ребенка в 1—2 года. Если недержание кала имеется в возрасте старше 3—3½ лет, — это уже болезнь. У некоторых детей, которые получили недостаточное воспитание, навыки опрятности формируются позже 2 лет. Чем младше ребенок, тем быстрее и чаще разрушаются у него уже сфор-

…ированные навыки или они медленнее образуются. Под …лиянием различных воздействий эти навыки могут вооб…це утратиться.

Какова роль воспитательных мер в формировании на…ыков моче- и каловыделения? Действительно ли отсутст…ие воспитательных моментов играет решающую роль в …оявлении недержания кала и мочи? Ведь некоторые …вторы сводят все разнообразие недержания кала и мочи …олько к двум формам: первичной — из-за плохого вос…итания и вторичной — из-за психических травм. Формы, …бусловленные только недостаточными социальными воз…ействиями и ничем более, встречаются преимущественно … детей со слабоумием или длительное время находящихся … детских коллективах (в условиях госпитализма и депри…ации), когда постепенно обнаруживаются малый запас …наний и признаки задержки психического развития. Пло…ое воспитание приводит к общему душевному недораз…итию, огрубению психики, одним из симптомов которого …вляется недержание кала и мочи.

Напрашивается вопрос: как формируются навыки кало… мочевыделения у Маугли? Как развиваются дети, ли…енные контактов с человеческим обществом, не подвер…кенные никаким людским влияниям, не испытавшие …оздействия хотя бы минимальной цивилизации? Это во…рос очень сложный, и единодушного ответа на него нет, …бо воспитание по типу Маугли — скорее миф, чем ре…льность. Представитель человеческого вида (как и лю…ого другого вида) может безболезненно существовать …олько среди представителей своего вида. Оказавшись в …ном окружении, человек гибнет. Практически по сей …ень нет ни одного достоверного случая, о котором бы все …пециалисты сказали: да, этот человек всю свою жизнь …ли все детство провел без контактов с представителями …обственного биологического вида. Помимо этого, в отно…ении подавляющего большинства претендентов на роль …Маугли существуют веские причины предполагать, что …ни были больны уже до того, как оказались в роли …Маугли (вследствие этого у них нарушились речь, регу…яция моче- и каловыделения и т. д.) и благодаря именно …тому стали Маугли. В других случаях, когда не сущест…ует твердой уверенности в том, что такой ребенок уже …сихически болен, почти всегда известно, что он проис…одит от душевнобольных родителей, «наградивших» его …е только своими генами, но и своим воспитанием. Иными …ловами, теоретически возможно, что, оказавшись в по-

ложении Маугли, ребенок не сможет развиться в го
ценного человека и, разумеется, его рефлексы регу
моче- и каловыделения будут страдать. Практически
кроме единичных случаев, до таких грубых форм
не доходит. Чаще всего речь идет о задержке пси
ского развития. Поэтому и регуляция моче- и калов
ления развивается с опозданием. Что делать с та
детьми? Надо ликвидировать задержку психического
вития и воспитывать в них способность оперативно
ролировать физиологические отправления. Иных сов
быть не может.

Если число работ педиатров, невропологов и уроло
(но не психиатров и уже тем более не психотерапевт
по недержанию мочи практически необозримо, то пуб
каций по недержанию кала удивительно мало. В отече
венной медицине существует лишь одна монографиче
работа, обобщающая проблему недержания кала, — р
идет о небольшой книге А. Я. Духанова «Недерж
кала у детей» (1950). Автор ее хорошо известен публ
циями по урологическим нарушениям детского возра

А. Я. Духанов выделяет 4 формы недержания ка
дневное, ночное, обстипационное и паралитическое. Р
ница между дневным и ночным недержанием кала оп
деляется на основании единственного критерия: врем
суток. Обстипационным автор называет недержание ка
вызванное длительными запорами, связанными с нар
нием тонуса мышц прямой кишки и значительным рас
жением ее. Паралитический энкопрез (термин предло
А. Я. Духановым) обусловлен органическим поражен
конского хвоста и проявляется атонией толстого киш
ника. Во всех случаях автор видит сугубо психоген
природу недержания кала и по существу предлагает ли
психотерапевтическое лечение. Последнее А. Я. Духа
проводил следующим образом: больному вводили в за
ний проход дренажную или газоотводную трубку и усы
ляли его с помощью внушения, затем в трубку влива
1—3 л теплой воды, чтобы вызвать позыв на дефекаци
Автор справедливо отмечает, что при грубых формах не
держания кала нарушается тонус мышц толстого кише
ника, поэтому отсутствует достаточная возбудимос
слизистой оболочки кишки, а это гасит, ликвидирует сво
временно возникающие позывы на дефекацию. Значи
дело в возобновлении позывов. На это и направлено вну
шение. По нашему мнению, такие случаи весьма часты
однако они в основном связаны с органическим пораже

нием иннервации каловыводящих путей. В случаях пато-характерологического недержания кала, когда оно носит характер пассивной реакции протеста, и при некоторых истерических нарушениях каловыделения, когда повышается возбудимость слизистой оболочки толстой кишки, позыв на дефекацию не нарушается (во всяком случае, в такой грубой степени). Что касается запоров как причины недержания кала, то как объяснить, что пациентов с запорами великое множество, а недержание кала у них редко? Нужно учесть и то, что с возрастом число больных с запором учащается, а недержание кала после 16—18-летнего возраста встречается чрезвычайно редко: если и бывают нарушения каловыделения, то преимущественно в виде кратковременных истерических поносов.

Большое значение А. Я. Духанов придает так называемой ректальной мастурбации, когда ребенок засовывает пальцы в анальное отверстие и, манипулируя в нем, получает удовольствие. Мы также неоднократно наблюдали такие случаи, когда ректальная мастурбация соседствовала с недержанием кала. По всей видимости, это самостоятельные нарушения, которые могут сочетаться, а могут и не сочетаться друг с другом.

В 1967 г. была опубликована статья польской исследовательницы J. Gromska «Попытка этиологической классификации синдрома энкопреза у детей». Автор изучила 7 мальчиков и 3 девочек в возрасте 7—12 лет, страдавших недержанием кала. К каким же выводам она пришла? Вот резюме этой работы: патогномоничными симптомами, сопровождающими недержание кала, являются повышение двигательной активности, неустойчивость аффектов, влечений и эмоциональных реакций. Недоразвитие сферы высшей аффективности, нестабильность эмоциональных реакций, связанных с патологией поведения, приводят к недостаточной способности тормозить выраженность инстинктов. Поэтому у больных с недержанием кала, по J. Gromska, сфера инстинктов преобладает над интеллектуальными функциями и высшими эмоциями. По существу все дети с недержанием кала — это пациенты с выраженными психоорганическими расстройствами, управляемые грубыми инстинктами и легко поддающиеся влиянию самых разнообразных психических воздействий. Последние и вызывают недержание кала. Таким образом, недержание кала, по J. Gromska — это только нарушение влечений, возникшее на почве сочетания энцефалопатии и психической травматизации. Под влиянием внешних

воздействий недержание кала может рецидивировать. Л… чить нужно органический фон, который, по J. Groms… обязателен для недержания кала, и психические наслоен…

Конечно, лечить нужно все, что вызывает болезнь, … все, чем болезнь проявляется. Однако стремление J. Gro… ska все случаи недержания кала подвести под какую… одну теорию не может вызвать ничего, кроме удивлен… Всякий специалист, который наблюдал не 10 больных, … во много раз больше, знает, что недержание кала быва… разным и что «одним цветом» все его виды нельзя «кра… сить». Поэтому и лечение различно.

Традиционно в сознании большинства врачей закр… пилось разграничение недержания кала на два основны… типа: функциональное, которое именуется энкопрезом, … органически обусловленное, вызванное анатомически… дефектами или парезом анальных сфинктеров. В исполь… зовании термина «энкопрез» существует не меньшая … разбериха, чем при использовании термина «энурез»… Энкопрезом называют то все виды недержания кала, … только те, которые встречаются во сне, то все неорган… ческие (т. е. функциональные) виды. Именно из-за нео… ределенности применения указанного термина имеет… тенденция к использованию его более точного русско… эквивалента.

Клинические варианты недержания кала

Как первичное, так и вторичное недержание кала может быть различным по происхождению и по клиническим проявлениям. К основным вариантам первичного недержания кала можно отнести следующие.

I. Врожденное органическое недержание кала:

1) недержание кала вследствие врожденного или рано приобретенного грубого анатомического дефекта или нарушения иннервации анальной области;

2) вследствие хирургической ликвидации атрезии ануса;

3) вследствие первичного мегаколона (болезнь Гиршпрунга).

II. Функциональное недержание кала:

1) вследствие невыработки соответствующего праксиса у умственно отсталых детей и у лиц, не получивших соответствующего воспитания;

2) у детей, с раннего возраста страдающих выраженной невропатией (из-за парадоксальности реакций у де-

ей-невропатов может нарушаться формирование навыков егуляции каловыделения);

3) первичное неврозоподобное недержание кала (у лиц наследственно обусловленной или рано приобретенной следствие органических вредностей резидуального харакера задержкой формирования навыков регуляции каловыделения; у лиц, с раннего детства страдающих профундосомнией, из-за чего они не могут своевременно проснуться, чтобы опорожнить кишечник).

Формы вторичного недержания кала представлены в абл. 3.

Таблица 3

Классификация вариантов вторичного недержания кала

Психогенные формы	Органические формы	При душевных заболеваниях
1. Невротическое недержание кала: а) истерическое; б) навязчивое; в) смешанное;	1. Вследствие травмы каловыделительной системы (бытовая травма, патология родов и пр.)	1. При кататоническом синдроме 2. При параноидном синдроме
2. Патохарактерологическое недержание кала	2. Вследствие органического повреждения головного и спинного мозга	3. При маниакальном синдроме 4. При депрессивном синдроме
3. Истерический психоз с недержанием кала	3. Вследствие вторичного мегаколона	5. При слабоумии 6. При гипердинамическом и психопатоподобном синдромах 7. При эпилепсии и эпилептиформных синдромах резидуально-органического церебрального генеза

Органические формы недержания кала (как первичные, так и вторичные) редко попадают в поле зрения психиатра.

Мы наблюдали 6 детей — мальчиков в возрасте 4—6 лет с врожденными органическими формами недержания кала. Двое больных родились с атрезией анального отверстия, которая была оперативно ликвидирована, однако до 4—5-летнего возраста сохранялась дистония анальных сфинктеров, из-за чего иногда имело место недержание кала. Обычно оно происходило только тогда, когда ребенок вовремя не опорожнял переполненный кишечник. Встречался этот вид патологии в дневное и ночное время. Больные объясняли это состояние

тем, что не успевали добежать до туалета. Дело не в том, что заигрывались и забывали идти в туалет или не были приуче... этому (как бывает при недержании мочи и кала, вызванном н... статочным воспитанием), а в том, что их сфинктеры не выдержи... минимального напора каловых масс. После длительной трениро... анальных сфинктеров недержание кала ликвидировалось. Двое др... больных страдали болезнью Гиршпрунга, они были позже усп... прооперированы, и недержание кала у них прекратилось.

Издавна детские хирурги диагностировали резкое р... ширение и удлинение толстой кишки — мегаколон. Вы... ляют врожденный мегаколон (болезнь Гиршпрунга), пр... обретенный (идиопатический) и симптоматический ме... колон. При всех видах мегаколона имеет место недер... ние кала: кал выделяется маленькими порциями. ... родителей складывается впечатление, что белье ребен... слегка испачкано только потому, что тот не соблюда... гигиенические требования. Лишь позже родители начи... ют бить тревогу, обнаружив, что ребенок страдает хро... ческими запорами, в результате которых толстый кишечн... переполняется каловыми массами, живот вздувается... может развиться кишечная непроходимость. Временам... у ребенка возникает неудержимый понос. Больной исп... тывает тягостное чувство тяжести внизу живота. Из-з... растяжения стенок толстого кишечника снижается пор... раздражения, понижается позыв на опорожнение кише... ника — этим и обусловлено недержание кала. Оно быв... ет как в дневное, так и в ночное время.

Болезнь Гиршпрунга ликвидируется хирургически... путем, остальные виды мегаколона (они возникают по... же 7 — 8-летнего возраста) лечатся консервативно.

Еще у двух больных дисфункция анальных сфинк... теров сочеталась с болезнью Гиршпрунга. Больные был... оперированы, но у них некоторое время сохранялось днев... ное и ночное недержание кала.

Вторичное органическое недержание кала мы наблю... дали у 2 больных в возрасте 9 и 10 лет, у которых бы... выявлен приобретенный мегаколон. Развитие детей было примерно одинаковым: к 2 годам у них твердо установи... лась регуляция каловыделения, каких-либо жалоб на них не было. Однако позже на почве наследственно обуслов... ленных запоров нарастали расширение и атония толстого кишечника, в результате чего к 8 — 9 годам у них време... нами обнаруживалось непроизвольное отхождение кала, типичное для мегаколона. Больные интенсивно лечились у гастроэнтерологов, которые обратили внимание на чрез-

ерную вспыльчивость и раздражительность этих больных посоветовали проконсультировать их у психиатра.

Недержание кала, вызванное профундосомнией, мы аблюдали у двух мальчиков в возрасте 5 и 7 лет. Таким ке крепким сном обладали в детском возрасте и их отцы. результате этого у больных возникало ночное недержание мочи и кала. После соответствующего лечения профуносомния уменьшилась, параллельно этому ликвидироваось и недержание мочи и кала.

Нередко вторичное органическое недержание кала обаруживается у женщин после травматического родового кта.

Лечением органических расстройств каловыделения анимаются в первую очередь представители хирургичеких специальностей. Однако в таких случаях важна роль психотерапии[1] главным образом для преодоления невроических наслоений, нередко проявляющихся у больных юбого возраста (особенно подростков и взрослых) из-за ереживания ими своего дефекта, и для снятия состояния детренированности после ликвидации анатомического дефекта анального отверстия. Необходимо рекомендовать больному 15—20 раз в день втягивать и напрягать мышцы анального жома, много раз в день, приподнявшись на альцы ног, с силой, всей тяжестью тела ударять пятками б пол, кататься на велосипеде, ходить крест-накрест т. д.

Как мы уже отмечали, недержание кала может быть следствием шизофрении, глубокого органического поражения центральной нервной системы, слабоумия и т. д. В таких случаях, естественно, лечение направлено на основное заболевание; после улучшения состояния больного или ликвидации основного заболевания уменьшается или вовсе исчезает и недержание кала, обычно сочетающееся с непроизвольным мочеиспусканием.

[1] Мы не встретили публикаций, принадлежащих хирургам, в которых бы описывались формы и методы психотерапии подобных больных. В большинстве работ даже не упоминается этот вид лечения (см., напр.: Дульцев Ю. В. «Лечение недостаточности анального сфинктера». Автореф. дис. докт. — М., 1981). Игнорирование психотерапии не может пройти бесследно: у нас нет никаких сомнений, что если бы психотерапия (не психотерапия вообще, а конкретные психотерапевтические методики) активно, интенсивно и последовательно использовались на разных этапах лечения, то эффективность хирургического вмешательства была бы значительно выше, а психологический статус больных был бы более оптимистичным, стабильным, помогал бы лечению.

3 Заказ № 2785

Как бы ни были распространены кататонические, раноидные, маниакальные, депрессивные и другие хотические синдромы, протекающие с недержанием и кала, все же самыми распространенными в детс возрасте нарушениями являются гипердинамически психопатоподобный синдромы вследствие органическ повреждения центральной нервной системы. Краткая к ническая характеристика этим расстройствам дана вы здесь лишь подчеркнем, что при них встречается и в ричное недержание кала. В основном оно бывает в дн ное время («забегался, заигрался и забыл пойти в т лет»), но нередко и ночью («ребенок набегался, а пото спит, как убитый, и не может вовремя проснуться, чтоб пойти в туалет» — так объясняют родители причину не держания кала и мочи у подобных детей).

При психопатоподобном синдроме органического ген за имеет место более или менее выраженный расст наиболее человеческих, тонких психических функций, в том числе навыков регуляции кало- и мочевыделени Поэтому не случайно, что у таких больных бывает н держание кала.

Характеристика недержания кала при судорожн расстройствах приведена выше. Отметим лишь, что н держание кала при эпилепсии встречается редко — в о новном во время эпилептического припадка или ко эквивалент последнего.

Психогенные нарушения каловыделения

Неврозоподобные и органические формы недержани кала все же относительно редко встречаются в практи педиатра, психиатра или невропатолога. В отличие о лиц с недержанием мочи среди страдающих недержание кала преобладают больные с разнообразными психоген ными (главным образом невротическими) формами на рушения каловыделения.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАЛОВЫДЕЛЕНИЯ

Наиболее часто невротическое недержание кала рас сматривается как результат истерических нарушени Эволюционная теория учит, что современный человек про шел длинную эволюцию и что в нем как бы заложен способы реагирования, типичные для его предшественни ков по эволюционной лестнице. Важными способами реа

ирования всех сколько-нибудь развитых живых существ являются реакции, подробно описанные на модели психических нарушений E. Kretschmer (1921). Один тип реагирования заключается в следующем: любое живое существо, когда ему угрожает опасность, подсознательно мобилизует все свои жизненные ресурсы и дает бурную двигательную реакцию, направленную на то, чтобы убежать от опасности. Этот способ реагирования, естественный для собак, кошек или крокодилов, встречается и у людей. В одних случаях он носит «нормальный» характер (например, у спортсменов), в других — очень редких — окрашен в психопатологические тона и называется «двигательной бурей». Последняя проявляется в виде истерических припадков и истерических «трясучек», которые в XX столетии встречаются весьма редко.

Другой тип реагирования внешне диаметрально противоположен первому: вместо того чтобы убежать от опасности, живое существо, наоборот, как бы замирает, приостанавливает свое функционирование, будто прикидывается мертвым, чтобы опасность обошла его стороной. Этот вид реагирования называется «мнимой смертью». Если оба эти типа реагирования (архаические, древние, в выраженной форме присущие главным образом животным) оживают в человеке, то чаще всего они носят болезненный характер и условно относятся к истерическому типу реагирования. Симптомами «мнимой смерти» являются разнообразные истерические парезы, параличи, мутизм, сурдомутизм, слепота и т. д. К этой же реакции «мнимой смерти» относятся и некоторые нарушения со стороны каловыделения: задержка стула, истерический понос, недержание кала и т. д.

Они описывались не только у людей, но и у животных: так называемая медвежья болезнь — один из примеров подобных расстройств.

Мальчик 7 лет был свидетелем драки взрослых мужчин. Один из участников драки — известный всем пьяница — погнался с железным прутом за своим противником и пробежал рядом с будущим больным. От страха у мальчика «отнялись ноги» и неудержимо захотелось опорожнить кишечник. Когда он пришел в себя от потрясения, то обнаружил, что все белье выпачкано калом. Дома он получил за это от родителей крепкий нагоняй. Мальчик долго плакал, потерял аппетит, вечером долго не мог заснуть, ночью снилась сцена, виденная днем. Утром он обнаружил, что за ночь еще раз испачкал белье. Родители вновь в самых решительных тонах отругали сына. Вечером не мог заснуть и ночью опять имело место недержание кала. На следующий день мать привела ребенка к психиатру. Ребенку был назначен седуксен по 2,5 мг днем и вечером,

проведено внушение седативного содержания в состоянии сомно-
ции. Недержание кала более не повторялось, остальные невротиче
симптомы прошли через несколько дней.

В катамнезе через 2 года ребенок в общем здор
однако при сильных волнениях у него возникает позы
на опорожнение кишечника, который никогда не реализ
ется, но из-за которого мальчик очень переживает, о
сается испачкать белье. Однако более этого он боитс
упреков со стороны родителей. Мальчику было проведе
3 сеанса вышеуказанного внушения, и тревожное ожид
ние неудержания кала прекратилось.

Студентка 20 лет, очень эмоциональная, впечатлительная, на
бурно реагирующая и склонная, как она считает, к паникерств
страхам, во время сильного волнения (особенно перед экзаме
и выступлениями на собраниях) испытывала неудержимое жел
опорожнить кишечник. По многу раз она посещала туалет, вс
раз удивляясь, как много жидкого кала из нее выходит. Обрати
к врачу по поводу истерического поноса она стеснялась, предпо
скрывать это расстройство.

В нее влюбился однокурсник, который ей совершенно не нрави
От свиданий с ним она всячески отказывалась. Однажды случ
столкнулась с ним на улице, была неприятно встревожена необ
димостью общаться с малоприятным поклонником. С первых же
нут девушка почувствовала, что не в силах сдерживать напор кал
вых масс. Она предложила однокурснику пойти в ближайшее ка
Там девушка обнаружила у себя сильный понос. Пока она находи
в туалете, поклонник заказал вино и мороженое. Девушка, кото
до этого практически ни разу не пробовала спиртное, залпом вы
несколько рюмок вина и сразу же почувствовала, как с нее с
тяжесть. Ей стало легко и приятно. Поклонник уже не казал
таким несимпатичным. Затем они разошлись по домам. Девуш
решила, что вино снимает эмоциональное напряжение и освобожд
от неприятностей с каловыделением, и стала употреблять спирт
напитки. Так продолжалось около полугода, пока родители не о
наружили, что их дочь часто пьет вино. Она перепугалась и обр
лась за советом к психиатру. Выяснилось, что любовь к спиртн
была вынужденной: с помощью вина девушка освобождала себя
невротических переживаний. Признаков хронического алкоголизма
нее не обнаружено. Было проведено антиневротическое лечение: т
рален и седуксен в сочетании с внушением в состоянии глубок
сомноленции. Содержание внушения сводилось к тому, что она н
боится находиться в обществе, что она может сама преодолевать св
волнения, что ее кишечник работает безукоризненно и может в
держивать любой напор каловых масс. После 6 подобных сеансов
двухнедельного приема транквилизаторов студентка стала здорово
однако и в будущем по совету психиатра перед сильным волнени
или предполагаемой сложной ситуацией она принимала тот или иной
транквилизатор. В дальнейшем она вышла замуж и чувствовала себя
хорошо. Во время беременности все возобновилось: она волновалась
из-за пустяков, а разволновавшись, не могла не бежать в туалет,
так как чувствовала неудержимый позыв опорожнить кишечник. После
родов все эти явления постепенно исчезли, и подобных жалоб уже
не возникало.

Помимо истерического недержания кала, встречаются налогичные случаи задержки стула.

С первых классов школы девочка (ко времени обследования ей
4 лет) обращала на себя внимание чрезмерной серьезностью, добро-
овестностью, решительно пресекала любые отклонения от норм об-
ежития. Училась на отлично, выполняя всевозможные общественные
оручения. У родителей не было с ней никаких трудностей.

В 13-летнем возрасте девочка была в музее, и вдруг ей захо-
елось в туалет. Усилием воли она подавила это желание. Придя
омой, она обнаружила, что у нее уже нет потребности в опорожне-
ии кишечника. Стула не было в течение 4 дней. Она рассказала
се матери, та сделала ей клизму, стул нормализовался, но позже
евочка заметила, что стоит ей поволноваться или за что-то пору-
ать себя, как у нее появляются длительные запоры, прекращающиеся
лишь после клизмы или приема слабительных. Поскольку временами
образовывался каловый камень, больная стала регулярно следить за
работой кишечника, волноваться из-за этого, фиксировать свое вни-
мание на неприятных ощущениях. Постепенно она стала меньше
общаться со сверстниками, больше времени проводила одна.

В дошкольном возрасте истерические нарушения каловыделения, по данным В. И. Гарбузова, А. И. Захарова и Д. Н. Исаева (1977), составляют 12% от всех истерических неврозов у детей.

Сочетание невротического недержания кала, невротической задержки дефекации, истерического поноса, психогенного метеоризма, страха непроизвольного отхождения газов, страха непроизвольной дефекации и других невротических поражений каловыделения мы именуем неврозом каловыделения. Последнее, по нашему мнению, является такой же относительно самостоятельной формой психоневрологической патологии, как логоневроз, кардионевроз, невроз мочевыделения и т. д. Невроз каловыделения (включающий в себя и все виды невротического нарушения газовыделения) встречается как у детей, так и у взрослых. Он склонен к затяжному течению и обычно сочетается с массивной общеневротической симптоматикой.

НАРУШЕНИЯ КАЛОВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ ПСИХОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ

Нарушения каловыделения чаще встречаются у детей; у взрослых это расстройство отмечается лишь в исключительных случаях. Но психогенные (реактивные) психозы у детей регистрируются очень редко, как и сочетание недержания кала с клинической картиной реактивного психоза. В частности, недержание кала встречается при истерических психозах, протекающих с псевдодеменцией и синдромом Ганзера. Одной из разновидностей затянувшегося истерического психоза у подследственных являет-

ся «синдром одичания» [Чибисов Ю. К., 1966], когда бо-ные теряют человеческие навыки, испражняются, как ж-вотные и пр.; у этих лиц встречается и недержание к... Иногда недержание кала развивается у лиц с дорожн... параноидами [Жислин С. Г., 1958].

При реактивных психозах встречаются также задерж-ка каловыделения, метеоризм и понос. Механизм их раз-вития носит истерический характер.

Мы хотели бы еще раз подчеркнуть, что невозмож... понять сущность нарушений моче- и каловыделения, ес... рассматривать эти симптомы вне связи с теми синдромами и болезнями, в рамках которых они встречаются. Имен... такой подход позволяет выделить ряд типов этой па... логии, хотя автор отдает себе отчет, что подобное ра... граничение видов недержания мочи и кала может вызв... подозрения в надуманности и искусственности. О... потребности практики показывают, что такое делени... ликом и полностью оправдано, ибо иначе невозм... назначать адекватную терапию, носящую патогенети... характер.

Больная 10 лет, очень впечатлительная и эмоциональ... была избита сверстницами. Когда она вернулась домой, т... вести себя как-то странно: говорила с интонациями 2—3-лет... ребенка, сюсюкала, шепелявила, просилась на руки к матери, ... ее кормили, словно разучилась держать в руках ложку. У ... запно нарушилось сознание: никого не узнавала, ... окно, пол и стены. Периодически возникали ... ния, продолжавшиеся по 20—30 мин. В... недержание мочи и кала. Вечером с трудом засыпала, часто в... кивала; снилось, как ее избивали. Девочку проконсультировали ... рохирурги и невропатологи, заподозрившие эпилепсию или об... процесс. Детский психиатр расценил ее состояние как истери... психоз с истерическими припадками, истерической псевдодеменцией ... регрессией психической деятельности. Был проведен курс ле... императивное внушение в гипнотическом состоянии, прием тра... загоров и гармонизация отношений с одноклассницами. Пос... извинились перед девочкой и стали вести себя по отношению к н... подчеркнуто дружелюбно. Дома были прекращены все разговоры ... ее болезни, больную перестали посещать врачи. После первого сеанс... внушения девочке было заявлено, что если она не выздоровеет, т... ее госпитализируют в психиатрическую больницу, против чего она категорически возражала. Перед сном ей проводилось внушение, на... правленное на углубление сна, отсутствие неприятных сновидений. Через 6 дней вся симптоматика редуцировалась.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАЛОВЫДЕЛЕНИЯ

Недержание кала как результат патохарактерологи-ческой реакции пассивного протеста встречается очень часто, быть может, значительно чаще, чем невротическое


едержание [Кербиков О. В., 1962]. В механизмах пато-арактерологического недержания кала преобладают верхценные нарушения, которые порой чрезвычайно сложно дифференцировать от установочного поведения истерического генеза. Именно поэтому многие исследователи объединяют истерическое и патохарактерологическое недержание кала, рассматривая оба вида как единое целое. Такой подход представляется малоперспективным в научном отношении и уж тем более не соответствующим потребностям терапии.

Патохарактерологическое недержание кала встречается только в дневное время и практически никогда не возникает в состоянии сна. Нам доводилось наблюдать многих детей, у которых появлялось дневное недержание кала (иногда и мочи) после прихода в дом отчима или после помещения ребенка в детский коллектив. Обычно этот вид реакции протеста обнаруживался в 3—6-летнем возрасте; ни до этого периода, ни после мы его не встречали.

У каких детей возникало подобное недержание кала? Сказать, что почти все они страдали церебрастенией и другими последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы, это значит не сказать ничего. Дело не в резидуально-органических церебральных изменениях, а в личностных свойствах детей и главное — в их чрезмерной привязанности к матери и к своему дому. Пожалуй, именно это (ревность, обида, нежелание отрываться от матери и т. д.) и являлось главной причиной патохарактерологического недержания кала. Что же касается оскорблений, наказаний и других извечных причин ситуационных нарушений, то их роль в возникновении указанной патологии бесспорна.

У мальчика 5 лет возникло дневное и ночное недержание кала после того, как воспитательница детского сада несправедливо наказала ребенка. Мальчик отнесся к этому внешне спокойно, но через несколько дней стал оправляться в белье. За это его еще крепче стали наказывать. Недержание кала обнаруживалось только в детском саду. Ребенку назначили лечение гипнозом. После 6 сеансов внушения улучшения не наступило. Каких-либо заметных невротических расстройств у него не было. По совету психиатра лечение было прекращено. Родители забрали ребенка из детского сада, и недержание кала сразу же прекратилось (на языке психотерапевтов это называется «психотерапией средой»). Позже мальчика перевели в другой детский сад — там никаких отклонений не отмечалось.

Иногда патохарактерологическое недержание кала сочетается с другими признаками регресса психики: нарушением всех навыков опрятности и самообслуживания,



уменьшением словарного запаса и как бы временным поглупением (ступидностью). Это бывает при более выраженной психической травматизации и значительно большей дисгармонии в развитии ребенка. Что является истинной причиной таких расстройств (дизонтогенез или психическая травма), а что случайным поводом — сказать трудно даже в каждом конкретном случае. Из 100 консультированных нами больных с недержанием кала подобный регресс наблюдался у 16. В дальнейшем у 2 больных диагностировалась вялотекущая шизофрения, остальные выздоровели.

В приведенном выше случае родители сразу поняли, что ребенок оправляется в белье «назло» воспитательнице, которая его в свое время обидела. По-видимому, они надеялись, что все и так скоро пройдет, а перевод мальчика в другой сад связан с излишними хлопотами.

Многие дети, длительное время пребывающие в психотравмирующей ситуации, часто расплачиваются за это не только развитием у них недержания мочи и кала, но и постепенной деформацией характера. Недержание кала, как бы часто оно ни встречалось у детей, рано или поздно проходит. Психиатры, курирующие взрослое население, подобную аномалию диагностируют как казуистику.

Каковы же исходы недержания кала у детей, какова его динамика? Она всегда регредиентна, с годами психогенное недержание кала ликвидируется даже без лечения.

Часть вторая

ПАТОЛОГИЯ ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И КАЛА

ЛИЧНОСТЬ БОЛЬНОГО С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И КАЛА

В 1960 г. H. Asperger попытался обобщить литератур-ые и собственные данные о недержании мочи. Он пришел следующим выводам: 1) 30—50% случаев недержания очи обусловлены патологической наследственностью;) у 20—80% больных с недержанием мочи регистриру-тся заметные отклонения на электроэнцефалограмме;) многие лица с недержанием мочи обладают особым энуретическим» характером, схожим с невропатическим; реди лиц с недержанием мочи много больных неврозами, сихопатиями, психозами с нарушениями схемы тела, ин-тинктов и т. д.; 4) значительная часть больных страдают олее или менее выраженными эндокринными наруше-иями; 5) на развитие недержания мочи влияют разно-бразные соматические (например, нарушения питания) и психогенные факторы (фрустрация, депривация и т. д.). Автор указывает, что к 13—14-летнему возрасту недер-жание мочи, как правило, прекращается, но если оно не проходит, то нарастают «невротическая стигматизация и нарушения личности».

В 1961 г. J. Michaels отметил, что многие лица, со-вершившие особо опасные преступления (в первую оче-редь убийства), в детстве страдали недержанием мочи, а у некоторых оно сохранялось и ко времени совершения преступления. Психоаналитически толкуя обнаруженную закономерность, автор приходит к выводу, что недержа-ние мочи может быть проявлением скрытой агрессивности.

В 1963 г. A.-M. Lindner опубликовала специальную работу, посвященную личностным особенностям детей с недержанием мочи. Она выделила 4 основных типа лич-ностных особенностей: 1) упрямые, инертные, эмоциональ-но-ригидные дети; 2) несдержанные, расторможенные; 3) неуверенные, робкие; 4) истеричные пациенты, при-влекающие к себе внимание недержанием мочи.

В мировой литературе очень скудно освещается вопрос о личностных особенностях людей с недержанием мочи и кала, нами приведены наиболее важные и клинически ориентированные работы. Правда, сторонники психоаналитического направления часто пишут об анальном характере [Freud S., 1912], но этот термин не имеет прямого отношения к недержанию кала: анальный характер в понимании S. Freud и личностный склад лиц с недержанием кала — это совершенно различные термины, а сходство их кажущееся, основанное на созвучии слов.

Таким образом, эта проблема совершенно не разработана. Решить ее можно лишь исходя из клинических, а не психологических позиций, ибо психологическое обследование, проводимое с целью сравнений личностных особенностей людей с недержанием мочи, здоровых людей и пациентов с другими расстройствами, вряд ли выявит какие-либо отчетливые различия, если исследователи не будут дифференцировать разные формы непроизвольного моче- и каловыделения. Если же недержание мочи и кала будет дифференцироваться, исходя из клинических, этиологических и патогенетических принципов, то психологическое исследование (с помощью теста Роршаха, ТАТа, MMPI и т. д.) выявит особенности личности, у которой возникло недержание мочи и кала, или особенности, которые сосуществовали с недержанием мочи и кала, или изменения характера, возникшие под влиянием длительного течения болезни. Какой-то единой личности подобных пациентов не существует, как не существует однородного в клиническом и других отношениях недержания мочи и кала.

Чем больше длится любое заболевание, тем больше оно сужает диапазон личностного реагирования, тем больше оно делает прежде разных людей похожими друг на друга. Чем более кратковременно соматическое страдание, тем меньше оно отражается на психике человека и тем больше эти люди отличаются друг от друга. Стало быть, чем моложе по возрасту пациенты с недержанием мочи и кала, тем они разнообразнее по своим личностным свойствам. Чем они старше, тем более похожи друг на друга. Однако личностный профиль пациента с недержанием мочи, даже протекавшим 10—15 лет, далеко не всегда деформируется: как мы уже отмечали, при неврозоподобном недержании мочи переживание своей дефектности с вторичными невротическими наслоениями возникает далеко не всегда. Чрезвычайно редко одна-единственная причи-

а — пусть очень важная — может деформировать характер человека, особенно такой хрупкий, беззащитный и ломкий, как у ребенка и подростка. Человеческий вид, как и любой биологический вид, устойчив, он не может легко меняться под влиянием переменчивых факторов, даже самых неблагоприятных.

Разделение деформаций личности в зависимости от основной причины (воспитание, невроз, психогенный психоз, длительное соматическое заболевание и т. д.) правильно лишь при признании, что это деление в высшей степени условно и что деформирует личность только комплекс разнообразных причин, среди которых тот или иной фактор может быть ведущим. Тем более очевидно, что изолированное расстройство, даже столь неприятное, как недержание мочи и кала, не может кардинально изменить темперамент, характер, личность пациента. Для этого необходимо длительное действие констелляции неблагоприятных факторов. Иного мы ни разу не встречали в своей практической деятельности.

Не энурез или энкопрез деформирует личность, а комплекс факторов, среди которых: 1) причины, вызвавшие недержание мочи и кала; 2) сопутствующие нарушения; 3) отношение пациента к своему расстройству; 4) отношение окружающих к этому нарушению; 5) личностные особенности пациента, определяющие его восприятие своего заболевания и отношение окружающих к его соматическому дефекту; 6) наличие церебрального дефекта резидуально-органического или наследственно-конституционального генеза и т. д.

Личностный профиль больного с недержанием мочи и кала во многом зависит от возраста. В. В. Ковалев (1969) выделяет 4 основных возрастных уровня нервно-психического реагирования: 1) соматовегетативный (0—3 года); 2) психомоторный (4—10 лет); 3) аффективный (7—12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12—16 лет).

У большинства детей 3—4-летнего возраста с недержанием мочи и кала обнаруживаются симптомы невропатии, о которой писал H. Asperger, тогда как в возрасте 4—10 лет дети выглядят чересчур несдержанными и расторможенными. В подростковом возрасте многие пациенты кажутся робкими и неуверенными. Подобный личностный фон может быть и у здоровых, и у больных детей — этот фон зависит от возраста. Помимо этого, у больных с недержанием мочи и кала могут быть личностные особенности, имеющие четкую психопатологическую характери-

стику. Мы уже писали о гипердинамическом и церебрастеническом синдроме вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы. У лиц с подобной патологией (синдром ММД по терминологии многих англо-американских авторов) нередко встречаются черты органической психики, проявляющиеся в повышенной вязкости аффекта, инертности, тугодумии, медлительности, упрямстве.

После 7—10-летнего возраста большинство признаков раннего органического поражения центральной нервной системы ликвидируются и на первый план выходит личностное ядро. У многих оно может быть квалифицировано как инфантильное: среди школьников с недержанием мочи и кала неврозоподобного генеза психическая незрелость встречается очень часто.

ПСИХОФИЗИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ И ПРОБЛЕМА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И КАЛА

Поскольку в литературе анализ взаимосвязи психофизического инфантилизма и проблемы недержания мочи и кала отражен крайне недостаточно, в общих чертах остановимся на сущности психофизического инфантилизма.

Под специфической формой психофизического и психического недоразвития — инфантилизмом (он может быть психическим, физическим и психофизическим, однако нас интересует главным образом психический инфантилизм) — мы понимаем сборную группу пограничных нервно-психических расстройств, встречающихся в относительно самостоятельном виде преимущественно в детском и подростковом возрасте; больные с психическим инфантилизмом в нозографическом плане находятся внутри условного треугольника, сторонами которого являются психическая норма, легкие степени олигофрении и психопатии.

В процессе вычленения синдрома психического инфантилизма из круга олигофрений, психопатий и эндокринопатий был пройден большой исторический путь. Несмотря на то что отдельные клинические описания психического инфантилизма предпринимались еще W. Griesinger, G. An-

[1] Более подробно этот вопрос освещается в работах: *Буянов М. И.* Психический инфантилизм (краткая история и современное состояние проблемы). — Журн. невропатол. и психиат., 1971, № 10, стр. 1579—1588; *Bolzinger A.* Infantilisme. Etude sur le mouvement des idees et des mots en psychiatrie. — Evolut. psychiatr., 1981, vol. 46, N 4, p. 989—1018.

ral и др. в 30—40-х годах XIX века, проблема психического инфантилизма стала привлекать к себе пристальное внимание психиатров лишь со второй половины XIX столетия.

Толчком для изучения инфантилизма послужили классические работы B. Morel (1857) о разных уровнях дегенерации и исследования, проведенные эндокринологами. E. Ch. Laseque (1816—1883), автор термина «психический инфантилизм», дал в 1864 г. подробное описание одного из вариантов инфантилизма, имея в виду тех лиц, которые вследствие конституциональных психофизических особенностей остаются, по выражению E. Ch. Laseque, детьми на всю жизнь. Так же понимали синдром психического инфантилизма почти все авторы конца XIX века с той разницей, что одни из них (меньшая часть) синдром психического инфантилизма относили лишь к интеллектуально полноценным лицам, а другие — ко всем больным с каким-либо психофизическим недоразвитием. Французский терапевт P. J. Lorain (1827—1875)[1] указывал, что расстройства при психическом инфантилизме больше относятся ко всей конституции, чем к каким-либо отдельным системам организма; при инфантилизме сохраняются юношеские признаки на всю жизнь, поэтому 30-летний мужчина кажется 18-летним юношей. Помимо этой формы инфантилизма, P. J. Lorain выделял так называемое дистрофическое вырождение, которое имеет разный генез (преимущественно эндокринный) и встречается, по его мнению, чаще у женщин. E. Brissaud (1852—1895) выделил специальный вид инфантилизма, названный им миксинфантилизмом, причину которого он видел в патологии щитовидной железы. S. de Sanctis в 1905—1912 гг. был вынужден признать, что при различных видах психического инфантилизма (в том числе и эндокринно-обусловленных) щитовидная железа поражается далеко не всегда. Немецкие психиатры начала XX века также вкладывали в понятие инфантилизма слишком широкое, лишенное четкости содержание, что вызывало естественное возражение со стороны некоторых исследователей; одни пытались сузить рамки психического инфантилизма (G. Anton, G. Peritz и

[1] В 1871 г. в Париже Faneau de la Cour защитил диссертацию «Du féminisme et de l'infantilisme chez les tuberculeux», предисловие к которой написал P. J. Lorain, отметивший теоретическую и практическую важность изучения искусственной инфантилизации лиц, длительное время страдавших соматической патологией. Таким образом, P. J. Lorain во многом предвосхитил те исследования, которые стали реализоваться через 100 лет.

др.), другие (Th. Ziehen) предлагали вообще отказат... использования этого понятия в психиатрии.

Таким образом, спустя 40—50 лет после опис... E. Ch. Laseque и P. J. Lorain синдрома психического... фантилизма большинство авторов последующего пер... значительно расширили границы понятия, благодаря... му границы психического инфантилизма оказались нече... кими, термин лишился клинического содержания. По... ное явление связано не только с общим уровнем разв... науки того времени, но и с тем, что E. Ch. Lase... P. J. Lorain и др., выделяя психический инфантилизм, ... ли не столько клиническое, сколько литературное описа... синдрома.

G. Anton в 1906—1910 гг. предпринял попытку (хотя... не во всем последовательную) разрешить возникшие ... ясности в понимании психического инфантилизма. Он че... ко отграничил синдромы психического инфантилизма о... имбецильности и не видел существенной разницы меж... ду дебильностью и некоторыми более тяжелыми форма... психического инфантилизма. G. Anton выделил «парц... альный психический инфантилизм», под которым поним... легкие признаки инфантилизма без интеллектуального д... фекта, проявляющиеся в основном в нарушениях поведе... ния.

Как и большинство классификаций психического инф... тилизма, имевших хождение на рубеже XIX—XX ве... классификация, предложенная G. Anton, исходила ... этиологического принципа, оказавшегося в конечном ито... ге несостоятельным: к середине XX века стало ясно, ч... все причины, которые вызывают олигофрению, психопати... и многие другие нервно-психические нарушения, в то ж... время могут вызывать и разные формы психического ин... фантилизма[1] независимо от того, тотальным или парци...

[1] Исследования последних десятилетий, посвященные этиологи... психического инфантилизма, немногочисленны, основаны на неболь... шом, статистически вряд ли достоверном материале, но тем не менее позволяют сделать некоторые определенные выводы. Безусловно, что чисто биологическим факторам принадлежит решающая роль в про... исхождении многих форм психического инфантилизма, социальные же факторы на том или ином возрастном этапе регулируют степень компенсации или декомпенсации инфантильной личности. Большой интерес представляют описания семейных случаев психического ин... фантилизма: R. Fürger (1963) на примере 25 больных с психическим инфантилизмом и их 376 родственников показал, что почти у 40 ... родственников также был обнаружен психический инфантилизм; по... мимо этого, среди них встречались лица со слабоумием разного генеза, психопатиями и другими нервно-психическими аномалиями.

ьным (по G. Anton) он является. К причинам тотально-
психического инфантилизма G. Anton, например, отно-
л микседему, монголоидизм, нарушения функций поло-
х желез и пр. В рамках тотального инфантилизма он
кже выделял дистрофический инфантилизм, связанный
врожденным сифилисом, алкоголизмом родителей, пере-
сенными в раннем детстве мозговыми инфекциями и
равмами, тяжелыми пневмониями, туберкулезом, пеллаг-
ой и другими болезнями, плохими гигиеническими усло-
иями. Парциальный инфантилизм, по G. Anton, может
ыть связан с недостаточностью половых желез, патоло-
ией сердечно-сосудистой системы; о том, что у лиц с
рожденными пороками сердца нередко отмечаются приз-
аки психофизического инфантилизма, писали почти все
вторы последующего периода [Ковалев В. В., 1965]. В
рамках парциального инфантилизма G. Anton выделял и
«чистый» психический инфантилизм, связанный только с
конституциональной предрасположенностью.

G. Peritz (1911, 1932), чьи работы отличались в свое
время клинической направленностью, отмечал, что нередко
инфантильное поведение у детей и подростков (в связи с
чем у них диагностировали психический инфантилизм)
может быть вызвано изнеженным воспитанием, чрезмер-
ной опекой или при отсутствии каких-нибудь органиче-
ских и конституциональных причин.

Все виды психического инфантилизма могут сочетаться или не сочетаться с физическим инфантилизмом, однако ряд психиатров и сейчас считают небольшой рост основным признаком инфантилизма. M. Tramer (1949) употребляет термин «инфантилизм» только в отношении лиц небольшого роста и обладающих диспластичностью. Инфантилизмом (без прилагательного) M. Tramer называет физическое недоразвитие, определяемое только с пубертатного возраста, парволизмом — еще более выраженное недоразвитие, определяемое со школьного периода, а парволоизмом (от parvoloismus — крохотный) называет резкое недоразвитие, заметное с дошкольного возраста. Понятие психического инфантилизма M. Tramer не используется как расплывчатое и лишенное клинического содержания, поэтому он говорит только о физическом (эндокринно-обусловленном) инфантилизме.

Если на рубеже XIX—XX веков большинство исследователей рассматривали психический инфантилизм в неразрывной связи с проблемой интеллектуальной, эндокринной и моторной недостаточности, то начиная с 20-х годов все

большее число исследователей тщательно изучают св психического инфантилизма и психопатий. Большинст немецких авторов 30-х годов и последующих годов в св их суждениях об инфантилизме исходили из учен E. Kretschmer об асинхрониях развития и W. Zeller (19 о фазах развития ребенка. E. Kretschmer в многочисл ных работах, опубликованных в 20—40-х годах, указыва что психический инфантилизм является неизменной ко ституциональной особенностью, свойственной всем бо ным психопатией и в первую очередь — истерией. Бла даря врожденному или рано приобретенному психичес му инфантилизму и формируется психопатия со свойствен ными ей расстройствами влечений, отсутствием чувства ответственности и вины, нарушением социальной адаптации.

Подобный инфантилизм носит тотальный характер и охватывает в первую очередь эмоционально-волевую сферу. Иной характер носит, по E. Kretschmer, парциальный психический инфантилизм или ювенилизм. Это ра стройство вызвано нарушением синхронного созрева эмоционально-волевых и интеллектуальных функций. Ча стичный инфантилизм, вызванный внутрипсихически противоречиями в процессе созревания психики (т. е асинхронией развития), далеко не всегда приводит к на рушениям адаптации, он может быть временным, чаще всего не попадает в сферу деятельности психиатра. Ча тичный инфантилизм, по E. Kretschmer, не всегда приво дит к пограничным расстройствам, в то время как тоталь ный — является фоном, на котором существует в первую очередь истерическая психопатия.

Большинство психиатров стран немецкого языка разделяют взгляды E. Kretschmer и сейчас. W. T. Winkler (1955), например, отмечает, что причиной тотального и парциального инфантилизма могут быть не только органические факторы, но и длительные конфликтные ситуации дома и в школе, психические травмы. W. Kretschmer (1952), как и большинство немецких психиатров, не использует термин «психический инфантилизм», а оперирует понятием «ретардация развития»; он у 40—50% пациентов, страдающих неврозами, обнаружил задержку психического развития, а также симптомы генитальной гипоплазии, отставание физического развития. Некоторые авторы, изучая пограничные расстройства, установили, что у большинства подобных пациентов имеется инфантильная структура личности; последняя служит фоном, на котором

рмируются психопатии, психосоматические болезни, не-
отические расстройства, депрессии.

В 1912 г. Mathes указал, что по своему психофизиче-
ому складу некоторые инфантильные личности являют-
астениками, у которых чаще всего и выявляется асте-
ическая психопатия и неврастения. О том, что большая
асть астенических психопатов в детстве являлись лично-
гями с инфантильными чертами характера, свидетельст-
уют и наши исследования [Буянов М. И., 1968].

Монографию B. J. Lindberg (1950) пронизывает мысль,
то психический инфантилизм — это неспецифический
индром, выявляемый при многих нервно-психических за-
олеваниях (в том числе и при психопатиях) и связанный
теми же причинами, которые вызывают любые нервно-
сихические расстройства. Автор акцентирует внимание
а общности психопатий и психического инфантилизма.
Он изучил 114 больных психопатией, лечившихся в
1943—1949 гг. по поводу неврозов, психогенных депрессий,
алкоголизма, сексуальных девиаций. Общим для них было
то, что в основе патологии личности лежали признаки
психического инфантилизма, рассматриваемые с точки зре-
ния работ E. Kretschmer. Сочетание инфантилизма и пси-
хопатии не является, по B. J. Lindberg, особой формой
психопатий, он также не выделяет те формы психопатий,
основу которых составляет только психический инфанти-
лизм. По B. J. Lindberg, психический инфантилизм лежит
в основе всех форм психопатий (так, например, эмоцио-
нальный инфантилизм приводит к неспособности шизоид-
ного субъекта строить свои отношения с людьми и явля-
ется в первую очередь причиной самой шизоидной психо-
патии). B. J. Lindberg в отличие от большинства авторов,
говоривших о причинах инфантилизма в общих чертах, не
приводя какого-либо цифрового материала, подробно ана-
лизирует причины психического инфантилизма у описывае-
мых им 30 больных психопатией (в основном астеников и
психастеников). Он указывает, что 24 из 30 обследован-
ных во внутриутробном периоде, во время родов и в ран-
нем постнатальном периоде подвергались воздействию
многочисленных экзогенных вредностей; у подавляющего
большинства больных выявлена выраженная наследствен-
ная отягощенность нервно-психическими расстройствами;
все больные жили в плохих материально-бытовых усло-
виях.

Автор отрицательно относится к монокаузалистиче-
скому принципу выделения психического инфантилизма,

так свойственному психиатрам прошлого. B. J. Lindberg придает большое значение в динамике инфантильных черт внешней среде; он подчеркивает, что при благоприятном воздействии правильно организованного социального окружения часть инфантильных лиц потом как бы дозревает: приобретают больше навыков, лучше понимают сложность межчеловеческих отношений и жизненных ситуаций, становятся более гибкими. Там же, где нет благотворного влияния строгого и разумного коллектива, эта компенсация может не наступить, эти лица оказываются затем психопатами с типичными для них алкоголизмом, правонарушениями, половыми отклонениями т. д.

G. Skoog (1959) изучил 285 больных с навязчивостями, большинство из которых были психопатами-астениками и психастениками, а в детстве у подавляющего большинства выявлялись выраженные признаки психического инфантилизма. E. Hanhart (1949) в связи с обнаруженной им такой же закономерностью выделяет специальный «психастенический инфантилизм». Подобная точка зрения не нова и достаточно обоснована: еще P. Janet (1903) и его современники считали, что свойственное психастеническим личностям отсутствие чувства реальности, крайняя впечатлительность, склонность к образованию навязчивостей и пр. — все это признаки недоразвития психической деятельности, ее незрелости, т. е. своеобразного инфантилизма.

C. Haffter (1941, 1943), соглашаясь с мнением E. Kraepelin и E. Bleuler, согласно которому психический инфантилизм занимает промежуточное место между олигофренией и психопатией, выделяет 3 формы психического инфантилизма: 1) инфантильные психопаты, 2) поздно созревающие нормальные лица и 3) больные неврозами с инфантильными чертами. К инфантильным психопатическим личностям C. Haffter относит психопатических личностей с чертами неустойчивости, возбудимости; к больным неврозами с инфантильными чертами — лиц, судя по описаниям, с астеническими свойствами характера и с возникающими на подобном фоне неврастеническими, ананкастными (навязчивыми) и другими невротическими симптомами. О том, что следует выделять поздносозревающих субъектов, которых нельзя полностью относить к категории психического инфантилизма, писали и другие авторы. H. Von Schrötter (1955) выделяет, помимо трех предложенных вариантов C. Haffter, еще один — «инфантильных личностей», имея в виду не психопатические и не олигофрениче-

ие расстройства, а только структуру личности некото-
іх психически здоровых людей.

Таким образом, если раньше психиатры в основном исывали синдром психического инфантилизма в его свя- с олигофренией (а некоторые рассматривали его как ин из вариантов олигофрении), то начиная с 30-х годов е большее число исследователей стали изучать другую орону этой проблемы — связь синдрома психического нфантилизма с проблемой психопатии.

Начиная с 50-х годов многие ученые стали обращаться третьей стороне проблемы — связи психического инфан- илизма с психической нормой. Стали описывать психиче- ки здоровых лиц, обнаруживавших на тех или иных эта- ах своей жизни черты, схожие с инфантильными. Напри- ер, F. Dunbar, изучавшая психологию женщины, не име- ощей детей, показала, что нередко такая женщина мо- кет вести себя в своих отношениях с мужем, как малень- кий ребенок; клинически подобные особенности поведения напоминают истерические, однако тянется оно долго и, как правило, бесследно проходит, когда в семье появляет- ся ребенок. Описывались формы инфантилизированного поведения у избалованных, изнеженных детей.

Однако в большинстве исследований психического ин- фантилизма отсутствуют четкие клинические описания и клинический анализ изучаемых явлений. Именно благо- даря этому публикуемые материалы по психическому ин- фантилизму противоречивы, фактические данные малочис- ленны, сведения, имеющиеся в них, несравнимы друг с другом, а классификации в основном малоприменимы в практике. В связи с этим исследования, принадлежащие Г. Е. Сухаревой (1959), носят принципиально новый ха- рактер; автор выделяет, во-первых, варианты психическо- го инфантилизма, чего не делал до нее никто из детских психиатров; во-вторых, Г. Е. Сухарева отошла в описании вариантов психического инфантилизма от неоправдавшего себя этиологического принципа; в-третьих, она в общих чертах проследила динамику признаков психического ин- фантилизма до окончания пубертатного периода, хотя и не привела конкретных данных, касающихся тех или иных вариантов динамики; в-четвертых, Г. Е. Сухарева дала ценные практические рекомендации по медико-педагогиче- ской коррекции детей и подростков, обнаруживающих при- знаки психического инфантилизма.

Созданная Г. Е. Сухаревой классификация, хотя и не охватывает все формы, о которых сообщали другие авто-

ры (в частности, в ее систематике нет форм своеобразного психического недоразвития, связанных с психастенией, шизоидной психопатией; мало говорится о связи астенической психопатии и психического инфантилизма), что представляет стройную систему, в которой отражены все основные проявления психического инфантилизма. Г. Е. Сухарева показывает, что признаки психического инфантилизма имеют определенный характер: гармоническому варианту психического инфантилизма свойственна психическая живость, непосредственность и яркость эмоций, жажда новых впечатлений, неорганизованность, неумение довести дело до конца, быстрая переключаемость, стойкое преобладание игровых интересов, поступки по первому побуждению. Эти дети наиболее близки к психической норме. К дисгармоническому варианту Г. Е. Сухарева относит лиц, в поведении которых преобладают грубые отклонения в эмоционально-волевой сфере: раздражительность, вспыльчивость, лживость, неумение сдерживать себя, склонность к возбудимым и истерическим формам поведения. По мнению Г. Е. Сухаревой, дети с дисгармоническим инфантилизмом являются угрожаемыми в смысле развития психопатии (неустойчивые и возбудимые, а также истероидные психопатические личности и др.). К лицам с чертами дисгармонического психического инфантилизма относятся некоторые из описанных Г. Е. Сухаревой ранее (1928) лиц с инфантильно-грацильным типом телосложения. В рамках дисгармонического инфантилизма автор выделяет несколько подгрупп: 1) с признаками инфантилизма в психической сфере; 2) с признаками инфантилизма также и в физической сфере (гипогенитализм, гипофизарный субнанизм); 3) так называемый органический инфантилизм, наиболее близко стоящий к олигофрении. Органическому инфантилизму свойственны нарушения интеллекта, инертность мышления, истощаемость; прогноз этого расстройства, видимо, неблагоприятный: дети учатся во вспомогательной школе, и признаки интеллектуального дефекта с годами становятся очевиднее.

С. С. Мнухин (1968) считал, что без раскрытия клинического содержания психического инфантилизма это понятие остается пустым и ненужным. Он придавал решающее значение в клиническом оформлении психического инфантилизма церебрастении, подчеркивая, что именно церебрастенический симптомокомплекс резидуально-органического происхождения определяет не только клиническую картину, но и меры лечебно-педагогического воз-

ействия при психическом инфантилизме. С. С. Мнухин
редлагал организовать специальные классы или школы-
нтернаты, в которых должны длительное время находить-
я дети с синдромом резидуальной церебрастении и с со-
утствующей задержкой психического развития. Перевод
аких детей во вспомогательные школы является, по мне-
ию С. С. Мнухина, неправомерным, ибо эти пациенты не
традают олигофренией и со временем их состояние ста-
овится значительно лучше в зависимости от степени из-
ечения от церебрастении. Как и Т. П. Симсон (1958),
. С. Мнухин не выделял варианты психического инфанти-
изма.

Попытку по-новому взглянуть на проблему психическо-
о инфантилизма предпринял в 1973 г. В. В. Ковалев, ко-
орый выделяет два основных варианта этой патологии:
сихический инфантилизм в чистом виде (судя по описа-
ниям, он близок к гармоническому психическому инфан-
гилизму в понимании Г. Е. Сухаревой) и так называемый
осложненный вариант психического инфантилизма, т. е.
сочетание психического инфантилизма с психопатоподоб-
ным синдромом, интеллектуальной недостаточностью и
некоторыми другими расстройствами.

Разделяя взгляды Г. Е. Сухаревой и В. В. Ковалева, мы дополняем их инфантилоподобными расстройствами (после приступа шизофрении, после перенесенных органических заболеваний ЦНС и т. д.) и инфантильным формированием личности вследствие «оранжерейного», инфантилизирующего воспитания. Инфантилоподобные расстройства могут выступать в более или менее самостоятельном виде или входить как частное в общую структуру психопатоподобного синдрома. Инфантильное формирование личности может относиться к психической норме или включаться в картину того или иного варианта патологического формирования характера.

При самых разнообразных видах психической незрелости может быть недержание мочи и кала. Казалось бы, незачем искать взаимосвязи между этими нарушениями. Ясно, что инфантилизм не может вызвать энурез или энкопрез и уж тем более невроз моче- и каловыделения — они могут сосуществовать, могут иметь одни и те же причины, инфантилизм может способствовать проявлению невротических нарушений. Однако для вопросов терапии и прогноза эта связь важна.

Мальчику 10 лет невропатолог назначил лечение по поводу недержания мочи. Больной отказался следовать советам врача, а если

и выполнял их, то очень редко. В связи с трудностями в поведении он был консультирован детским психиатром.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, раннее развитие было без особенностей. В 5 лет перенес операцию по поводу фимоза. По характеру мальчик полностью походил на своего отца — человека слабовольного, всю жизнь «искавшего себя». Несамостоятельный, идущий по пути наименьшего сопротивления, ничего не доводящий до конца, не способный хотя бы волически постоять за себя, отец постепенно стал пьяницей. Напившись, пел печальные песни, читал стихи и жаловался на непреодолимые трудности бытия. С рождения и до 14-летнего возраста страдал недержанием мочи.

Так же как и отец в детстве, его сын превратил свою [illegible] в бесконечную игру: он играл, как дошкольник, хотя учился в [illegible] классе. Начав игру, он быстро пресыщался, переключался на что-то другое, ничего не доводил до конца. Веселый, доброжелательный, он вызывал всеобщую симпатию родственников и знакомых. [illegible] мать и бабушка с некоторой тревогой думали о его будущем, [illegible] что его отец начинал свою жизнь таким же образом. Мальчик часто нарушал дисциплину, нарушал без злобы и без особой нужды, а оттого, что ему было трудно подчиняться вообще какой-либо дисциплине. Не задумываясь, он давал обещание вести себя лучше [illegible], но тут же нарушал его и затем вновь просил прощения. Одноклассники называли его клоуном: мальчик любил веселить окружающих, любил паясничать и изображать из себя пьяницу, хулигана, артиста и т. д. Ни одно мало-мальски серьезное дело ему нельзя было поручить — он все срывал и делал это с такой беззаботной и невинной улыбкой, что на него никто не мог обижаться.

Помимо личностных свойств, которые нельзя было расценить иначе, как психический инфантилизм преимущественно гармонического типа, у мальчика было недержание мочи. Проявлялось оно с рождения, было монотонным, однообразным, ребенок его никак не переживал. Определялась прямая пропорция между количеством выпитой жидкости на ночь и недержанием мочи: обычно он мочился под утро. Сколько бы раз родители ни запрещали сыну пить на ночь, ничто не могло его остановить, он все делал только по-своему. Жажда наслаждений, невозможность отсрочить получение удовольствия, быстрая пресыщаемость, стремление идти по пути наименьшего сопротивления — вот чем руководствовался больной.

Иногда, заигравшись, он забывал своевременно посетить туалет и мочился в белье. Стоило же уменьшить его суетливость, расторможенность, веселость, некритичность, детскость в поведении, как дневное недержание мочи прекращалось.

Был диагностирован первичный наследственный неврозоподобный энурез, вызванный дисфункцией (дистонией) уретральных сфинктеров; недержание мочи сочеталось с чертами психического инфантилизма и требовало комплексного лечения. Почему у мальчика имелось отставание в эмоционально-волевом развитии? По-видимому, тут сыграла решающую роль патологическая наследственность: отец был инфантилен, таким был и его сын, а недержание мочи, фимоз были лишь симптомами нарушенного эмбриогенеза нервной и урогенитальной систем.

С целью уменьшения расторможенности и дурашливости больному был назначен аминазин; через 1—2 нед мальчик стал более управляемым и начал выполнять врачебные рекомендации, но лишь под строгим контролем родителей. Перестал употреблять вечером жидкость, и недержание мочи прекратилось.

Іоставить правильный диагноз такому больному, на-
(ить верное лечение в конечном итоге несложно, но как
іться, чтобы врачебные рекомендации выполнялись?
одители, и медицинские работники — все хотят помочь
ьному, но от одних желаний пользы не бывает. Поче-
Да потому, что игнорируется личностный фон больно-
от которого очень часто зависит судьба человека. Како-
личность, таковы и ее болезни, так она и реагирует
болезнь и от этого зависит выздоровление — эта исти-
понятна врачам всех поколений. Давно известно, что
которые формы невротических и неврозоподобных рас-
ройств не могут быть ликвидированы до тех пор, пока
будет изменен личностный фон, порой не играющий
льшой роли в возникновении патологии, но всегда пре-
тствующий уничтожению этой патологии. Например,
ихический инфантилизм (и в выраженной степени, и да-
е малозаметный) в любом случае отвлекает пациента от
ыполнения врачебно-педагогических рекомендаций.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕ- И КАЛОВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

У многих больных с длительно текущими органически-
ми расстройствами моче- и каловыделения постепенно де-
формируется характер и на первый план выступают ро-
бость, нерешительность, замкнутость и другие черты, ус-
ловно относимые к кругу тормозимых.

Изучение подобной метаморфозы характера имеет дли-
тельную историю. Еще в 1896 г. E. Kraepelin описал осо-
бый тип формирующейся деформации личности, обуслов-
ленный обостренным переживанием своего тяжелого со-
матического страдания. К заболеваниям, способным вы-
звать такое болезненное переживание, он относил слепо-
ту, глухоту и другие расстройства. Г. В. Морозов и
М. С. Лебединский (1972) считают, что «переживания бо-
лезни... могут повести как к ряду патологических реакций
личности, так и к возникновению более устойчивого рас-
стройства с типичными для психогенного заболевания чер-
тами, которое можно рассматривать как „вторую болезнь"
(Г. Е. Сухарева)».

Постепенное изменение характера и нарастание рас-
стройств поведения под влиянием длительно текущего со-
матического страдания относятся к широкому кругу пси-
хогенных патологических формирований личности, занима-

ющих промежуточное место между психопатиями, неврозами и характерологической нормой. Клиника этого нарушения была описана преимущественно отечественными авторами. Этиологически выделяются [Ковалев В. В., 1969] следующие основные формы указанной патологии: 1) патохарактерологическое формирование личности вследствие неправильного воспитания, хронических психотравмирующих воздействий и т. д.; 2) невротическое формирование личности вследствие длительно текущего невроза; 3) постреактивное формирование личности после психотического или субпсихотического приступа, обусловленного психической травмой; 4) патологическое формирование личности дефицитарного типа у пациентов с хроническими инвалидизирующими соматическими заболеваниями и физическими уродствами. В детском возрасте патологические формирования личности не встречаются, они регистрируются лишь с подросткового периода.

Деформация личности при психогенных патологических формированиях личности происходит в нескольких направлениях. У одних — постепенно нарастают черты отгороженности, плохой контактности, настороженности и другие признаки псевдошизоидности [Буянов М. И., 1974]. У других — усиливается мнительность, склонность к сомнениям и тревожности, ощущение незавершенности действий, чувство непрерывного ожидания неприятностей и другие симптомы тревожно-мнительного характера. У третьих — обнаруживаются чрезмерная робость, застенчивость, слабоволие, неспособность довести до конца начатое дело и другие качества астенического типа. У четвертых — все перечисленные признаки повышенной тормозимости взаимосочетаются.

У подростков с недержанием мочи и кала можно выделить следующие клинические варианты психогенных патологических формирований личности: псевдошизоидный; тревожно-мнительный; астенический; возбудимый; истерический.

Помимо патологического формирования личности тормозимого типа (псевдошизоидного, тревожно-мнительного, астенического и смешанного), среди пациентов с длительно протекающим непроизвольным моче- и каловыделением встречаются патологические формирования личности возбудимого и истерического типов. Последние два варианта очень редки и бывают лишь у лиц с недержанием мочи и кала, перенесших серьезную травму головного моз-

или из семей с множеством аномальных субъектов воз-
цимого и истерического типов.

Сущность и клинические особенности патологических
рмирований личности у подростков с недержанием мо-
и кала наиболее рельефно проявляются среди больных
длительно текущими инвалидизирующими расстройства-
функций малого таза—на этой модели наиболее явст-
нно обнаруживаются главные закономерности «нажи-
й патологии характера» [Кербиков О. В., 1962] или «вто-
й болезни» [Сухарева Г. Е., 1959].

Нами обследовано 70 больных мужского пола в воз-
асте 12—18 лет с начальными или более выраженными
ризнаками патологического формирования личности. Хро-
ическое урологическое заболевание делало их тяжелыми
нвалидами, неспособными находиться в обычном коллек-
иве и обреченными проводить значительную часть време-
и в урологических стационарах.

Среди обследованных 30 больных страдали тяжелыми
равматическими поражениями моче- и каловыделитель-
ой системы, возникшими в возрасте 5—8 лет, и у 40 па-
циентов были врожденные дефекты органов малого таза
(эписпадии, экстрофии мочевого пузыря и пр.).

Все больные разделены на 4 группы. Первая группа
включала 15 человек, перенесших травматическое пораже-
ние органов малого таза, из них у 7 больных была автомо-
бильная травма, у остальных — бытовая. После травмы
все эти больные в течение 4—8 лет многократно госпита-
лизировались в урологическое отделение. Оперативное вме-
шательство (пластика мочевого пузыря, уретры и полово-
го члена и т. д.) проходило в несколько этапов с более или
менее длительными паузами между ними, во время кото-
рых дети находились дома. После завершения серии опе-
раций у одной трети обследуемых ликвидировались дефек-
ты поведения, обусловленные комплексом неблагоприят-
ных факторов. У остальных гармонизация характера не
наступила, так как имела место констелляция конститу-
ционально-биологических особенностей личности, органи-
ческих повреждений головного мозга, неблагоприятных со-
циальных воздействий и переживания больным своего хро-
нического инвалидизирующего заболевания, стойко де-
формировавшая его психику.

Мальчик родился от нормально протекавших беременности и ро-
дов. Раннее развитие своевременное. К возрасту $2^1/_2$ года у него
полностью сформировались навыки мочеиспускания. В 3-летнем воз-
расте, когда мальчик тяжело болел острым респираторным заболе-

[illegible], его напугал сосед-сверстник. После этого начались непроиз-[illegible]ные подергивания мышц лица и частые моргания, мальчик стал [illegible], стеснительным, а главное — быстро уставал и истощался при малейшей нагрузке. По поводу всех этих явлений он был в [illegible]летнем возрасте консультирован детским психиатром, который диаг-[illegible]стировал невротические тики на фоне церебрастенического синдрома. Последний был связан с перенесенным в 3-летнем возрасте сомати-[illegible]ским заболеванием, протекавшим с энцефалитическими явлениями. Ребенку было назначено лечение: внутривенные вливания сульфата магния, микстура с цитралью и сульфатом магния, ограничение приема жидкости, послеобеденный сон, мидокалм и т. д.; состояние мальчика неуклонно улучшалось.

В школе он чувствовал себя неплохо, однако к концу занятий и особенно в конце недели уставал, рассеивалось внимание, с трудом запоминал, был неусидчив. Приходя домой, немедленно укладывался спать; после этого работоспособность восстанавливалась.

В возрасте 8 лет он попал в автомобильную катастрофу, во время которой погибли его родители. Он же в бессознательном состоянии был доставлен в травматологическое отделение, где диагностировали сотрясение мозга, переломы конечностей и тазовых костей, разрыв мышц промежности. В течение 6 лет больной проводил большую часть времени в стационарах. С годами последствия автомобильной катастрофы исчезли либо резко уменьшились, но продолжали сохраняться травматическая стриктура уретры, нарушение тонуса мышц мочевого пузыря, слабость наружных сфинктеров уретры, противоестественный задний проход. Из-за этого у больного практически постоянно было непроизвольное мочеиспускание и недержание кала, которые с годами несколько уменьшились. Поскольку мальчик в основном находился в стационарах или дома и не мог посещать школу и другие общественные места, он постепенно стал замкнутым, малоконтактным, чрезмерно стеснительным, робел перед здоровыми сверстниками, предпочитал проводить время за книгами, хотя внутренне очень тянулся к детям. Учился хорошо, любил точные науки, несравненно лучше своих сверстников ориентировался в математике. Гордился своими знаниями, очень любил мечтать о том, как выздоровеет. Все это сочеталось с повышенной истощаемостью, адинамией, вялостью. Мальчик плохо переносил жару, духоту, езду в транспорте. Его психическая и физическая невыносливость в сочетании с чрезмерной замкнутостью, застенчивостью, робостью и другими чертами повышенной тормозимости в поведении и характере протекала на фоне постоянно сниженного настроения, «пассивного жизненного стиля» (по A. Adler).

К 16-летнему возрасту из всех прежде заметных посттравматических нарушений сохранялось лишь вторичное недержание мочи, которое учащалось после водной нагрузки, длительной ходьбы и усталости. Непроизвольно больной мочился обычно небольшими порциями, по нескольку раз за ночь (обычно к утру). Из-за этого еще больше усилилось чувство своей неполноценности.

После консультации у психиатра было диагностировано патологическое формирование личности с преобладанием псевдошизоидных и астенических черт. Эти личностные изменения были вызваны сочетанием различных факторов: церебрастенического синдрома травматического генеза, личностных особенностей, отмечавшихся задолго до автомобильной катастрофы, пограничных нервно-психических расстройств в дошкольном возрасте, но в первую очередь комплекса социально-психологических проблем, возникших после автомобильной

катастрофы: смерть отца и матери, переживание своей внезапно наступившей инвалидности, изоляция от здоровых сверстников, отдаленность выздоровления — все это не могло бесследно пройти для души впечатлительного и эмоционально тонкого мальчика.

В результате проведенного лечения недержание мочи прекратилось. При катамнестическом обследовании в 20-летнем возрасте непроизвольного мочеиспускания не обнаружено. Что же касается характерологических изменений тормозимого типа, то они с годами уменьшились и сохранялись в основном в виде явной личностной акцентуации, т. е. как вариант психологической нормы. Это подтвердило и обследование с помощью теста MMPI.

Факт травмы мочеполовой сферы переживался больными этой группы как катастрофа: будучи всегда здоровыми, они обнаруживали, что неспособны удерживать мочу и кал, что от них постоянно исходит дурной запах, что у многих из них имеется противоестественный задний проход и т. д. Помимо этого, сами обстоятельства травмы имели стрессовое значение, после чего пациенты долго не могли прийти в себя. Страх, боль, затем инвалидность с осознанием неопределенной перспективы в излечении и явной на многие годы изоляции от школьного коллектива, невозможность посещать общественные места и т. д. — все это вместе взятое являлось мощным психотравмирующим фактором, способствовавшим выраженной невротизации больного. Поэтому первым этапом пограничных нервно-психических расстройств у этих лиц явились невротические реакции, а у 3 больных — субпсихотическое реактивное состояние с сужением сознания, психогенным субступором и последующим состоянием постпсихотической астении. У остальных невротические реакции проявлялись в виде страхов, плача, нарушения аппетита, заикания, расстройств сна, который был поверхностным, с обильными сновидениями, долгое время отражающими ситуацию травмы; ночной сон не приносил отдыха, был прерывистым, во сне больные вскрикивали, вздрагивали, вскакивали и т. д. Эти реакции со временем несколько сглаживались, уменьшалась их выраженность, затем они проходили, не достигнув этапа невротического формирования личности. Такая же динамика была и у тех больных, у которых психогенные расстройства начинались субпсихотическим нарушением. Последнее постепенно сменялось невротическими реакциями, а те, в свою очередь, — невротическим состоянием.

На втором этапе доминировали признаки невротической депрессии. Преобладали депрессивный тип переживания болезни и пассивные реакции адаптации. Нередко возни-

кали и отдельные двигательные навязчивости. Этот этап невротического состояния — был достаточно продолжительным (в среднем около 4—5 лет). За это время больные многократно оперировались, бужировались (почти все оперативные вмешательства проходили под общим наркозом). Занимались они по программе массовой школы но на дому. В школу и другие общественные места не ходили из-за постоянного запаха мочи и кала. Помимо этого, они были ограничены и в передвижении, не могли много бегать, играть с детьми. Изоляция от сверстников приводила к тому, что многие из них большую часть времени читали, смотрели телевизионные передачи, много времени тратили на приготовление домашних заданий. Все 70 больных жили в постоянной надежде на удачную операцию, они с нетерпением ожидали очередной госпитализации, и были очень недовольны, если операция или бужирование по какой-то причине откладывались.

На третьем этапе, совпадавшем с концом препубертатного и подростковым периодом, отмечалось нарастание изменений поведения по астеническому и псевдошизоидному типам (соответственно у 30 и 36 из 70 обследованных, а у 4 мальчиков обнаружены черты тревожной мнительности, крайней неуверенности в себе и ипохондричности).

Клиническая картина расстройств существенно менялась: невротическое состояние большей частью редуцировалось, хотя отдельные невротические реакции иногда и появлялись. В клинической картине преобладали «характерологические» симптомы невротической депрессии: плаксивость, раздражительность, сниженное настроение, пессимистический взгляд на будущее, чрезмерная неудовлетворенность своим состоянием, придирчивость, фиксация внимания на соматических переживаниях, «уход в болезнь». Пациенты воспринимали свою жизнь как крушение всех надежд. Помимо этого, у них были выражены астенические и другие черты повышенной тормозимости. Одни больные становились чрезмерно робкими, нерешительными, крайне застенчивыми, забитыми, жалкими, у других к этим чертам присоединялась отгороженность, молчаливость, стремление не быть в тягость другим, уход в мир своих переживаний, у третьих — тревожность, мнительность, постоянное ожидание каких-либо неудач. Все эти нарушения были монотонны, связаны с переживанием своего дефекта, они были психологически понятны, но уже закрепились и проявлялись в разных ситуациях.

Небезынтересен тот факт, что больные, как только ока-
зались в условиях урологического стационара, где ста-
зилась реальной мысль об улучшении состояния вслед-
вие очередной операции и где все были «свои» (т. е.
имерно с теми же расстройствами, поэтому никого не
до было стесняться и сторониться), состояние больных
сколько улучшалось: они становились веселее, беззабот-
е, раскованнее, более уверенными в себе. Находясь в об-
стве таких же, как они, больных, многие из них начи-
ли проявлять лидерские свойства, становились более
стойчивыми и жизнерадостными. Большинство из них
оически переносили самые болезненные перевязки, счи-
я, что каждая из них — это ступенька к полному выз-
ровлению, о котором они постоянно думали. В стацио-
ре эти дети находились в среднем по 2—3 мес. После
иски они вновь оказывались в обществе здоровых
ерстников, и все описанные выше характерологические
зменения вновь усиливались. Астенические формы пове-
ения появлялись раньше псевдошизоидных или черт
ревожной мнительности, и чем младше больной, тем
ольше в клинической картине пограничных нервно-психи-
еских расстройств доминировали астенические формы по-
едения, к которым уже в более старшем возрасте (и осо-
енно в подростковом) присоединялись очередные псев-
ошизоидные нарушения и сложно переплетающиеся с ни-
и черты тревожной мнительности.

Больные, включенные в эту группу, напоминали опи-
анных Н. Д. Лакосиной (1970) женщин с невротической
епрессией, но без выраженных истерических включений;
озможно, это связано с возрастом больных и с тем, что
бследовались только лица мужского пола. Темп разви-
ия указанных выше изменений характера был различным,
о во многом зависел от возраста больных и степени осо-
нания болезни и своей инвалидности.

Если у больных, отнесенных к первой группе, урологи-
еские расстройства появлялись примерно с периода вто-
ого возрастного криза (7—8 лет), а изменения поведе-
ия стали очевидны с препубертатного и главным образом
одросткового периода, то у 15 других больных (вторая
руппа), начало урологического заболевания у которых
овпало с концом препубертатного — началом пубертат-
ого возраста, темп развертывания начальных проявле-
ий патологического формирования личности был более
ыстрый, в общих чертах соответствуя тем этапам, кото-
ые описаны у лиц первой группы. Необходимо также от-

метить, что у больных второй группы преморбидные свойства личности включали много тормозимых черт, которые на фоне урологического дефекта резко заострились. У больных же первой группы не было отчетливых черт повышенной тормозимости до начала урологического страдания. Поэтому пограничные нервно-психические расстройства у лиц второй группы клинически не отличались от тех, которые наблюдались у лиц первой группы, но были более сжаты по времени, укладываясь в более короткий период.

Ко времени обследования больному 15 лет. Родился от нормально протекавших беременности и родов. В раннем возрасте не болел. Раннее развитие без особенностей. Всегда отличался несколько повышенной робостью, пугливостью, нерешительностью и безынициативностью: «весь в мать». В 12 лет, катаясь на санках, наехал на железный прут, которым пропорол промежность. Образовалась травматическая стриктура уретры, надлобковый свищ, двусторонний пузырно-лоханочный рефлюкс, хронический пиелонефрит. Более года с короткими перерывами находится в урологическом отделении. Ко времени обследования у больного пессимистический взгляд на будущее, пониженный фон настроения, «часто овладевает тоска», плачет, сенситивен, замкнут, отгорожен, скрывает переживания, обостренно воспринимает урологический дефект, выражено чувство своей неполноценности. По словам персонала, он жалок, несчастен, очень мучается из-за своего заболевания. Если на первых этапах в качестве стержневого выступало переживание психической травмы, то в дальнейшем развилось переживание своей дефектности, невротическая симптоматика ушла на задний план и в картине пограничных нарушений стали доминировать симптомы патологического формирования личности.

Иная картина наблюдалась у других 25 больных, включенных в третью группу и имевших врожденные грубые дефекты органов малого таза. Они с раннего детства многократно (по 8—15 раз) госпитализировались, им производились многочисленные оперативные вмешательства. Школу и другие детские коллективы эти дети не посещали, большую часть времени проводили дома. Лишенные возможности активно двигаться и играть со сверстниками, они были изолированы от здоровых детей, их раннее развитие носило дисгармонический характер: у части из них

---

[1] При этом по меньшей мере возникают 2 вопроса: 1) встречаются ли подобные больные с иными преморбидными свойствами; 2) бывают ли патологические формирования личности нетормозимого типа вследствие хронического дефекта функций малого таза. На оба вопроса следует ответить утвердительно, однако мы сознательно изучали лишь самые распространенные виды приобретенной деформации характера, т. е. тормозимый тип. Не исключено, что длительное течение заболевания в какой-то степени уравнивает преморбидные особенности таких лиц, делает их одинаковыми, т. е. с преобладанием тормозимых свойств характера.

обладали интеллектуальные запросы, они рано начина-
читать и писать, обладали большими, чем обычно в их
расте, знаниями, некоторые выглядели маленькими ста-
ками.
У части детей, происходивших из семей без значитель-
х интеллектуальных запросов, развитие шло в ином
правлении: эти дети были малолюбознательны, облада-
малым запасом знаний, предпочитали смотреть по те-
визору спортивные передачи, читать сказки или произ-
дения с военными либо детективными сюжетами, их
ждения отличались некоторой примитивностью. Обуча-
ь на дому, они нерегулярно готовили домашние задания
шли по пути наименьшего сопротивления. Во всех слу-
ях они пребывали в своеобразной психотравмирующей
туации, обусловленной изменением психологического
имата в семье в связи с их заболеванием: между члена-
и семьи возникало состояние психологического напряже-
ия из-за постоянного запаха мочи, исходившего от боль-
ого, и т. д. На фоне всех этих явлений у большинства
ольных возникало своеобразное преневротическое состо-
ние с недифференцированной симптоматикой, имевшей
енденцию то к увеличению, то к уменьшению в зависимо-
ти от углубления или сглаживания конфликтов в семье.

Первый этап патологического формирования личности
роявлялся в возникновении на фоне преневротического
остояния обостренного чувства переживания своего де-
екта — это переживание было стержневым и определя-
о весь психический статус больных. Это расстройство,
удучи психологически понятным и вытекавшим из отно-
шения к нему больного, было важно не только само по
ебе (операции, перевязки и пр.), но и тем, что нарушало
озможности контакта, создавало психологический барь-
р между больным и сверстниками и усиливалось в не-
накомой обстановке, при ожидании реального контакта
людьми. Во время пребывания в специализированном
тационаре это чувство своей неполноценности, как пра-
вило, уменьшалось. Первый этап совпадал по времени с
препубертатным периодом.

В подростковом возрасте начинался второй этап, когда
симптоматика нарастала и доходила до степени невроти-
ческой депрессии с астеническими, псевдошизоидными и
тревожно-мнительными формами поведения, похожими на
те, что встречались у больных первой и второй групп.

В этом же возрасте обычно заканчивался курс опера-
тивного лечения, что совпадало с третьим этапом динами-

ки патологического формирования личности, когда отм-чалось постепенное редуцирование симптомов невроти-ской депрессии и тормозимых свойств поведения. Хо-операции, как правило, проходили успешно, но после ли-видации всех нарушений некоторое время (иногда до 7—8 мес) сохранялось ночное и дневное недержание моч. Это задерживало обратное развитие пограничных нервн. психических расстройств. Тем не менее недержание мочи также редуцировалось — в этот период постепенно исче-зали и симптомы невротической депрессии и тормозимых форм поведения. Последние уже не носили такого выра-женного характера, как в прошлом, сохраняясь лишь в качестве вариантов психологической нормы.

Сложнее дело обстояло с 15 детьми и подростками, отнесенными к четвертой группе. Эти больные обладали чертами психического инфантилизма преимущественно ги-погенитального типа [Лебединская К. С., 1969], развивши-мися вследствие тех же причин, что обусловили врожден-ные урологические дефекты и эндокринные нарушения, не-редко сочетавшиеся у таких пациентов. Таким образом, инфантилизм у этих лиц носил главным образом биоло-гический характер, хотя на него и наслаивались формы инфантилизирующего воспитания, усиливавшие биологиче-ски обусловленные дефекты личности.

Наличие черт психической незрелости, выраженной в той или иной степени почти у всех 70 лиц, способствовало появлению начальных признаков патологического форми-рования личности, но особенно была заметна эта роль в происхождении и клиническом оформлении патологии по-ведения у пациентов четвертой группы, у которых наив-ность, непредусмотрительность, слабоволие, пугливость, склонность к паническим реакциям, поступкам по первому побуждению, внушаемость и другие черты психической незрелости сочетались со склонностью к резонерству, фан-тазированию. У этих детей, как правило, была хорошая речь с богатым словарным запасом, они любили погово-рить, прокомментировать то или иное событие, отличаясь непрактичностью, неспособностью довести до конца нача-тое дело, сенсорной жаждой, трусливостью и нерешитель-ностью. До 10—12 лет они мало внимания обращали на свой урологический дефект, не переживали его: клиниче-ская картина определялась в основном инфантильными свойствами личности. С 12—13 лет у них начиналось уси-ленное психологическое осмысление соматического заболе-вания, возникали аффективные нарушения с субдепрес-

пессимистические установки и, как говорил один
ной, «паралич воли». «Изоляция от жизни» в еще
шей степени усиливала переживание своей неполно-
ости и нарушала психологическое равновесие. В кон-
репубертатного—начале пубертатного периода у боль-
тва из них происходило ускоренное половое созрева-
с быстро наступавшим половым метаморфозом, гормо-
ными и вегетативными дисфункциями. Помимо асте-
ского характера с чертами неустойчивости, в картине
остных изменений возникали симптомы повышенной
ражительности и возбудимости, носившие нестойкий,
одящий характер и обусловленные астеническими яв-
иями, присущими подростковому периоду.

На фоне черт психической незрелости и выраженных
игов в пубертатном периоде у лиц четвертой группы
аруживались начальные проявления патологического
мирования личности с астеническими формами пове-
ия и чертами неустойчивости, имевшие сложное проис-
дение: определенную роль в возникновении деформа-
характера играли не только черты психической не-
лости, сочетавшиеся с переживанием своего соматиче-
го дефекта, но и ситуационно обусловленные расстрой-
а. Если над больными подсмеивались, если им давали
увствовать свое униженное положение, они плакали,
дражались, замыкались в себе, у них возникали пас-
ные реакции протеста, иногда — аффективные вспыш-
с астенической концовкой. Однако признаки деформа-
характера по астеническому типу у детей этой группы
ли менее выражены, чем в предыдущих группах.

В подростковом периоде и в начале юношеского воз-
та обычно завершалась серия операций по пластике
анов мочеполовой системы, в связи с чем психическое
тояние этих лиц неуклонно улучшалось, исчезали ха-
ктерологические и невротические расстройства (у боль-
нства из них возникали невротические реакции, носив-
е вследствие инфантильности бурный и скоропреходя-
й характер, не перерастая в стойкое невротическое со-
яние), черты психической незрелости сохранялись.

Таким образом, у лиц, включенных в четвертую груп-
можно выделить несколько основных этапов патологи-
ского формирования личности. На первом этапе отме-
ются черты психической незрелости, являющиеся фо-
м, на котором возникают отдельные невротические рас-
ойства и патохарактерологические реакции пассивно-
оронительного типа, связанные не только с пережива-

нием своего дефекта, но и с ситуационными влияниями. Этот этап непродолжителен, он наблюдается в препубертатном периоде.

На следующем этапе невротические реакции сохраняются, но на первый план выходят более дифференцированные признаки астенического и неустойчивого типа, которые определяют поведение этих лиц. Это обычно происходит в конце подросткового и начале юношеского периода, которые совпадают по времени с завершением серии хирургических вмешательств. При этом наступает обратная динамика указанных выше проявлений, что свидетельствует о появлении третьего этапа течения патохарактерологических расстройств. Черты психической незрелости сглаживаются в несколько более позднем периоде.

Завершая изложение кратких данных о патологическом формировании личности у детей и подростков с хроническими инвалидизирующими урологическими заболеваниями, следует отметить, что таких больных нельзя рассматривать как однородную группу с одинаковыми психопатологическими проявлениями. Как показал анализ изученного контингента, между больными имеются существенные различия, обусловленные временем начала заболевания, темпом развертывания болезни, степенью психической зрелости пациента, преморбидными особенностями и другими причинами. Одним из важнейших факторов, влияющим на динамику начальных проявлений патологического формирования личности, служит воспитание: большинство обследованных воспитывались в условиях гиперопеки, у них не формировались навыки самостоятельности и активного отношения к жизни. Последнее психологически объяснимо: родители жалели больных детей и не предъявляли к ним повышенных и даже обычных требований.

Дети и подростки с хроническими урологическими заболеваниями длительное время пребывали в состоянии депривации, которое носило сложный характер и было вызвано разными причинами. С одной стороны, эти дети с раннего возраста были лишены возможности вести тот образ жизни, который ведут их сверстники: не могли много и быстро двигаться, были постоянно привязаны к одному месту и пр. Поэтому их интересы нередко носили односторонний характер, а источниками информации были преимущественно телевизионные передачи, книги и газеты, рассказы родителей. Таким образом, имела место своеобразная сенсорная и социальная депривация. С другой стороны, эти дети часто и подолгу были оторваны от

емьи, периодически госпитализируясь на продолжитель-
ое время в урологические стационары. Более того, 38 из
) обследованных жили не в Москве: при стационировании
ни надолго отрывались от семьи, общаясь с близкими
юдьми преимущественно с помощью переписки. Это до-
олняло состояние сенсорной и социальной депрессии
омпонентом эмоциональной депривации и явлениями гос-
итализма. Состояние депривации, в котором они находи-
ись, было длительным и выраженным; его нельзя не учи-
ывать при анализе причин патологического формирова-
ия личности у данных больных и при изучении механиз-
ов клинического оформления начальных проявлений ука-
анной патологии.

Все это вместе взятое приводило к возникновению ха-
актерологических особенностей с преобладанием черт
овышенной тормозимости[1]. Однако решающее значение
мело своевременное проведение эффективного хирурги-
еского лечения. В тех случаях, когда его невозможно
ыло завершить до наступления подросткового периода
о свойственным ему обостренным переживанием своего
цефекта, чрезмерной душевной ранимостью, ипохондри-
ескими фиксациями и т. д., у обследуемых возникали
более выраженные личностные и эмоциональные наруше-
ния. Таким образом, кардинальную роль играл фактор
своевременного и успешного хирургического лечения. Чем
раньше и успешнее проводится операция у больного, тем
больше вероятность того, что начавшаяся девиация ха-
рактера (если она, конечно, имеется) редуцируется быст-
рее и бесследно для психики пройдет такое тяжелое,
хроническое душевное переживание, как переживание
своего урологического уродства.

У лиц с врожденной патологией изменения характера
после излечения редуцировались быстрее, чем у пациен-
тов с приобретенным дефектом, хотя, казалось бы, все
должно быть наоборот. Дело в том, что пациенты двух
последних групп никогда не были здоровыми и ценили
любое улучшение состояния. Больные первых двух групп
прежде были здоровыми, им было с чем сравнивать свое
нынешнее печальное состояние.

---

[1] О. Е. Фрейеров (1970) выделяет личностей психопатических, акцентированных (в понимании K. Leonhard, 1964) и деформированных. К последним мы относим больных с патохарактерологическим, постреактивным, невротическим и дефицитарным [Ковалев В. В., 1973] формированием характера.

4*

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА У ПОДРОСТКОВ С НЕПРОИЗВОЛЬНЫМИ МОЧЕ- И КАЛОВЫДЕЛЕНИЕМ

Естественно, что недержание мочи и кала может сочетаться с невротическим, патохарактерологическим, постреактивным и другими вариантами патологического формирования личности, так же как и соседствовать с любой другой патологией. Однако в книге речь идет о самых частых и практически наиболее важных расстройствах, поэтому мы опускаем систематическое изложение приобретенных деформаций характера у детей и подростков с недержанием мочи и кала, ибо в таком случае придется в основном анализировать патохарактерологическое или невротическое формирование личности, а не проблему недержания мочи и кала.

Несмотря на то что главной причиной разбираемых нами психогенных деформаций личности является переживание своей неполноценности, патогенетическим механизмом этой патологии служат невротические, патохарактерологические и смешанные по генезу расстройства. Комплекс неполноценности — это психологический, а не психопатологический феномен, клинически же этот вариант патологического формирования личности проявляется в виде указанных реакций, что особенно заметно при исследовании больных без грубых анатомических дефектов органов малого таза.

Кто из психиатров, к сожалению, не сталкивался с тем, что детей, страдающих недержанием мочи и кала, наказывают, издеваются над ними, высмеивают их? Подобное отношение к больному человеку ни к чему, кроме отрицательных последствий, привести не может.

Мировая литература сохранила многочисленные описания жестокого отношения к детям с недержанием мочи и кала. Одним из таких произведений, иллюстрирующих плоды отвратительного поведения старших по отношению к подобным детям, является автобиографическая повесть «Рыжик», принадлежащая перу выдающегося французского писателя-реалиста, крупного прогрессивного деятеля, борца против социальной несправедливости Жюля Ренара (1864—1910). Рыжик — прозвище сына мадам Лепик — женщины жестокой, вздорной, полной ненависти к миру. В ее глазах каждый поступок сына — это уже проступок, а коль проступок, то его нужно сурово наказать. И мать мстит Рыжику с садистическим наслаждением. У Рыжика,

живущего в этом рабском семействе, где всем вершит злобная мать, а отец не может и голоса подать, у этого впечатлительного, отзывчивого, доброго, честного ребенка имеется недержание кала. Художественное произведение — это не медицинский документ, поэтому автор опускает многие детали, на основании которых можно было бы поставить верный диагноз, но это в данном случае не существенно.

Как же реагирует мадам Лепик на болезнь сына? Она тайком собирает его испражнения, кладет их в суп и подает Рыжику. Тот потрясен изощренной жестокостью матери. Он все больше замыкается в себе, в нем усиливаются мечтательность, односторонние интересы, резко обостряется ранимость, чувство своей неполноценности, нарастает протест против мира, символом которого является его собственная мать. Со временем Рыжик, т. е. сам Ренар, превратится в беспощадного и сурового критика буржуазной системы. Став популярным писателем, Ренар отмечал «опасность успеха в том, что он заставляет нас забывать чудовищную несправедливость этого мира»[1]. Ренар до конца своих дней не забыл об этой несправедливости, шедшей от самого близкого человека — от матери.

По всей видимости, у Рыжика имелось патохарактерологическое формирование личности, а недержание кала было лишь внешним поводом издевательского отношения к нему матери. Не было бы этой болезни у сына — мать нашла бы иной предлог для его унижения. Если в случае с Рыжиком недержание кала не было стержневым переживанием, то в приведенной ниже клинической иллюстрации этот фактор (вместе с другими) явился источником болезненной деформации характера.

Во время пребывания в одном из небольших городов мы консультировали больного, страдавшего недержанием кала. Больному 15 лет, он учился в 8-м классе массовой школы. У него 13-летний брат, 36-летняя мать и 40-летний отец, который последние 3 года с семьей не жил. Психически больных в роду нет. Материально-бытовые условия хорошие.

Больной родился от нормально протекавших беременности и родов, раннее развитие своевременное. Навыки опрятности установились рано. В школе с 7 лет, учился хорошо. Никаких странностей в поведении никогда не было, хотя мальчик всегда отличался повышенной ранимостью, впечатлительностью. В 10-летнем возрасте после испуга имело место недержание кала днем: мальчик был потрясен происшедшей на его глазах автомобильной катастрофой со смертельным исходом;

---

[1] *Жюль Ренар.* Дневник (избранные страницы). — М., 1965, с. 454.

вдруг почувствовал потребность опорожнить кишечник, но не успел дойти до туалета. Дома он плакал, не мог заснуть, вспоминал обстоятельства катастрофы. За то, что он опорожнил кишечник в белье, мать долго и громко стыдила мальчика. Ребенок очень расстроился, стал бояться, как бы вновь не было недержания кала. Он постоянно думал об этом, по поводу и без повода ходил в туалет, стремился бывать лишь в тех местах, недалеко от которых находился туалет. Однако через день он повторно оправился в белье, и родители еще крепче отругали сына. Это еще более усугубило переживания мальчика. С тех пор недержание кала отмечалось 1—3 раза в неделю. Кал выделялся небольшими порциями, причем сам больной уже не чувствовал, когда у него бывает недержание кала.

Через 1 год стал постепенно меняться характер мальчика: от прежде жизнерадостного, непосредственного, подвижного, говорливого ребенка не осталось и следа. Мальчик стал молчаливым, замкнутым, подозрительным, хмурым, очень стеснительным. В школе над ним не смеялись, понимая, что он страдает недержанием кала, но мальчику все чаще казалось, что окружающие с очень большим трудом переносят идущий от него неприятный запах, что они лишь из жалости не говорят ему о том, как им неприятно находиться рядом с ним. Обстановка дома тоже постепенно осложнилась: родители и прежде жили не очень дружно, с годами их отношения становились все более напряженными, в конце концов они расстались. Во время ссор отец говорил, что не в силах переносить дурной запах, идущий от сына, что ему все надоело. Мальчик считал себя виновником распада семьи.

С годами личностные изменения в нем нарастали. Он любил проводить все время за книгами, редко выходил из дому. Учился хорошо. Учителя много раз требовали от матери, чтобы она проконсультировала ребенка у специалиста, так как запах кала, идущий от мальчика, раздражает окружающих. Мать и сама это хорошо понимала. Она неоднократно показывала сына врачам, те обещали его избавить от недержания кала, назначали лечение, но всякий раз безрезультатно. Это еще больше ожесточало подростка, он совсем потерял веру в собственное излечение и перестал ходить к врачам. Несколько раз педагоги не допускали его до занятий, требуя, чтобы он пошел к врачу, но мальчик предпочитал не ходить в школу, чем обращаться к врачам. «Те ничего не умеют, только смотрят на меня, да рассказывают всем, какой я больной, обо мне уже весь город знает», — сетовал он. Действительно, в городе вряд ли был врач, который бы не слышал об этом больном. Его часто приглашали для демонстрации на врачебных конференциях и научных обществах. Матери всегда стоило большого труда уговорить сына прийти на конференцию. Обычно аргументация матери была такой: «Тебя посмотрят, придумают какой-нибудь способ лечения, нельзя терять такой возможности, не упрямься, в последний раз прошу тебя». В конце концов сын соглашался, а после конференции в слезах выговаривал матери: «Опять меня обманули, никто даже не пытается меня лечить, все только обещают, больше не буду ходить к врачам».

После того как ему исполнилось 13 лет, он уже более не обращался к врачам — избегал их, да и они, если и интересовались больным, то только по любознательности. С годами мальчик стал все больше прислушиваться к своим телесным ощущениям. Если у него что-то заболевало, он очень волновался, боялся умереть, просил мать срочно вызвать врачей. Все это резко контрастировало с нараставшим с годами нежеланием лечиться по поводу недержания кала.

К 15 годам больной был хмурым, говорил мало, смотрел исподлобья, больше всего не любил, когда ему напоминали о недержании кала. Он видел, как страдала его мать, как она переживала его болезнь. Чтобы не огорчать мать, он часто незаметно от нее сам стирал свое белье. Недержание кала было и во сне, и в состоянии бодрствования, причем мальчик обнаруживал недержание кала лишь по идущему от него запаху. Выделялось обычно очень незначительное количество кала. Каловыделение складывалось как бы из двух форм: 1) непроизвольное недержание кала, выделявшегося малыми порциями, из-за отсутствия соответствующего рефлекса, понижения чувствительности прямой кишки к выделению кала малыми порциями и 2) обычное каловыделение большими порциями, как у любого здорового человека. «На небольшое количество кала мой кишечник не реагирует, а на большее количество реагирует», — говорил больной. Уединившись, мальчик плакал. На фоне постоянно пониженного фона настроения отмечалось немотивированное упрямство, эгоистическое стремление исходить только из своих интересов, понимаемых ребенком в меру своих возрастных возможностей, недоверие к медицинским работникам.

Когда мы приехали в этот город, к нам пришла мать больного и умоляла посмотреть ее сына. Мы назначили время консультации, но больной не пришел. Это повторялось несколько раз. Мальчик объяснял это тем, что ему не помогут, а будут показывать слушателям, как «подопытного кролика».

Мы вместе с одним врачом-мужчиной сами приехали домой к больному. Тот немедленно убежал из дома, и стоило большого труда уговорить его вернуться. При осмотре больного обнаружилось зияющее заднее отверстие диаметром примерно 3,5—4 см. Слизистая оболочка гиперемирована и отечна. При введении в анус трех сложенных пальцев напряжения анального сфинктера не отмечалось, больной даже не мог различить, сколько пальцев ему вводили.

Больной отказался выполнять назначенные рекомендации: «Все равно мне ничего уже не поможет, кроме операции. Мне нужно только узнать, где и кто будет делать операции по сужению заднего прохода, и я поеду оперироваться». Переубедить его не удалось. На следующий день кончалась наша командировка. Больше мы с больным не встречались и каких-либо известий о нем не получали.

У больного имело место патологическое формирование личности тормозимого типа с преобладанием псевдошизоидных черт. Он был молчалив, отгорожен, недоверчив, склонен к сверхценным умозаключениям. Недержание кала началось у него как истерическая реакция после шоковой психической травмы, но затем потеряло связь с психической травматизацией и уже не зависело от психогенных факторов. Постепенная утрата чувствительности прямой кишки, неспособность регулировать калоотделение малыми дозами, нарастание локальных изменений — все это привело к органическим нарушениям каловыделительной системы и стабилизации недержания кала.

Важную роль в появлении признаков патологического формирования личности играли и неблагоприятные ситуа-

ционные воздействия, обострявшие и без того повышенную чувствительность мальчика к его заболеванию. Постоянные разговоры в семье и школе о его болезни, развод родителей, виновником которого мальчик в значительной степени считал себя, отсутствие какого-либо эффекта от лечения еще больше усиливали замкнутость, малоразговорчивость больного, его настороженность и неверие в излечение. Таким образом, не столько само по себе недержание кала, сколько все, что было вокруг него, реакция окружающих на его болезнь — все это и было истинной причиной возникшей деформации характера. Последняя была заметна даже не специалисту. Она усугублялась постоянно пониженным фоном настроения, настороженностью, фиксацией внимания на своих ощущениях, т. е. признаками, обычно прогностически неблагоприятными в динамике патологических формирований личности [Буянов М. И., 1968].

В приведенной ниже клинической иллюстрации основными механизмами формирующейся патологии характера также были и невротические, постреактивные, патохарактерологические и другие компоненты; патологическое формирование личности носило смешанный характер, поэтому было достаточно стойким.

Больному к моменту обследования 17 лет. Его отцу 60 лет; находится в заключении. Машинист железнодорожного поезда, по характеру вспыльчивый, раздражительный, в последние годы злоупотреблял алкоголем. К детям относился хорошо, очень любил свою жену, но болезненно ревновал ее, считая, что когда он уезжает в многодневные рейсы, она ему изменяет. Мать — сезонная рабочая-лесоруб, в летние месяцы работала в лесу и по нескольку месяцев практически не бывала дома. По характеру веселая, настойчивая, много внимания уделяла детям. Брату больного 22 года, здоров; в настоящее время служит в армии. Сестре больного 14 лет, здорова, по характеру робкая, застенчивая, «все близко принимает к сердцу», учится хорошо.

Когда больному было 7 лет, а матери 40 лет, отец из-за ревности убил ее и был приговорен к 15 годам тюремного заключения. Дети (больной, его 12-летний брат и 4-летняя сестра) были определены на воспитание в детский дом, в котором больной вместе с сестрой находится по настоящее время.

Родился от благополучно протекавшей беременности и нормальных родов, раннее развитие без особенностей. В грудном возрасте — частая рвота, сильный диатез, затем заболел тяжелой диспепсией, «сутками лежал пластом, будто умер», как отмечал педиатр. В 3—5-летнем возрасте перенес корь, ветряную оспу, скарлатину. С раннего детства наблюдался у урологов в связи с врожденной тотальной эписпадией.

До школы находился в детских коллективах, жалоб на него не было, однако мальчик был труден: из-за эписпадии от него постоянно пахло мочой, дети над ним посмеивались, ребенок плакал, сто-

онился детей, играл только в такие игры, которые не требовали
бщения с другими детьми. Был очень привязан к отцу и матери,
нетерпением ожидал, когда они смогут забрать его из детского
ада. В школе с 7 лет, учился всегда хорошо, был усидчив, много
ремени проводил за учебниками: «Здоровые мальчишки бегали, а
не бегать нельзя, вот и книжки читал, уроки готовил». Начало
бучения в школе совпало с трагедией в семье: о том, что отец
бил мать, узнал, придя из школы (учился тогда в 1-м классе),
ноги подкосились, дыхание перехватило, стал думать, что же с нами
удет».
Соседи на время похорон и суда забрали к себе мальчика, его
естру и брата, в течение нескольких месяцев дети жили у разных
юдей, пока их не устроили в детский дом. Ребенок очень переживал
се эти события, на суде плакал, просил не осуждать отца. Стыдился
ого, что отец в тюрьме. Сторонился сверстников, старался никому не
оказывать своего униженного состояния, благодарил соседей за то,
то те приютили детей и хлопочут об определении их в детский дом.
Мальчик часто плакал, появлялись мысли о самоубийстве: «Кому я
еперь нужен? Ухаживать за мной некому, а врачи удачно операцию
се никак не могут сделать». Ночами вздрагивал, вскакивал, снились
одители, казалось, что за мальчиком кто-то гонится, а он убегает от
огони, падает вниз и т. д. Подобные сновидения с годами станови-
ись реже, но и сейчас бывают (особенно если вспоминаются роди-
ели). В это же время часто болела голова, был раздражительным,
егко уставал. Подобное состояние продолжалось около года.
Во 2-й класс пошел в новой школе при детском доме, постепен-
о привык к новой среде, но привыкал с трудом, не мог найти себе
оварищей. Много читал, любил смотреть телевизор, но всегда ста-
ался быть один из-за того, что стыдился дурного запаха, исходив-
его от него. Очень тянулся к детям, радовался, если кто-нибудь к
ему хорошо относился. Постепенно становился недоверчивым
«Мальчишки много раз меня обманывали, а я им верил. Да и
взрослые наобещают, а потом не выполняют. Никто мне толком и не
омогал — почему же я должен всем верить?, — «Здоровый больного
е поймет, у них разные заботы и мысли»), скрытным, постоянно чув-
ствовал свое одиночество. Проводил свободное время с братом и се-
строй, читал им книги, утешал их, помогал. «Все время, что помню
ебя, жил с надеждой, что врачи меня удачно прооперируют, и я из-
бавлюсь от своей болезни. Поэтому с нетерпением ждал, когда меня
положат в больницу». Находясь в больнице, как правило, чувствовал
ебя лучше, чем в детском доме: «В больнице все больны, почти у
всех такие же нарушения, как у меня, а в детском доме все здоро-
вые, один я, как белая ворона». Однако каждое неудачное оператив-
ное вмешательство и неэффективная госпитализация только усилива-
и чувство отчаяния, казался себе таким несчастным и заброшенным,
ак никто в мире: из-за этого втихомолку плакал, стремился прово-
дить время один, на людях же старался казаться жизнерадостным,
елым и довольным, «а у самого на душе было тошно». Мечтал
стать шофером или летчиком, чтобы больше ездить, много видеть, об-
щаться с разными людьми. Любил природу, животных. Другим заня-
тиям предпочитал чтение, любил что-нибудь конструировать. Но все-
гда думал об одном: самое главное — стать здоровым.
В 12—15-летнем возрасте был робким, сдержанным, боязливым,
«забитым», обостренно чувствовал свою неполноценность. В коллек-
тиве был незаметен, жил насыщенной внутренней жизнью: много чи-
тал, размышлял, иногда сам писал о том, что видел. Все чаще ухуд-

шалось настроение — не только в результате насмешек и подозрительных взглядов сверстников, не только из-за ощущения своей инвалидности и невозможности незаметно находиться в людных местах, в помещении и т. д., но иногда и без видимой причины. Когда становилось плохо, плакал, ночью снились мать и отец, часто вспоминал родительский дом; все, что напоминало о семье и доме, умиляло, вызывало слезы. «Жалел себя, жалел всех больных. Плакал, если видел фильм о больных». Считал себя слабовольным, нерешительным, чрезмерно застенчивым. В детском доме стремился быть незаметным, особенно боялся людей, которые смогут над ним посмеяться или обидеть чем-либо. Любил фантазировать о том, как в результате сложной операции он полностью выздоровеет, станет летчиком или путешественником, будет выступать перед людьми, часто ходить в кино, купаться в реке.

В 14—15-летнем возрасте у пациента появился интерес к девочкам, исподтишка подолгу разглядывал их, старался обратить на себя их внимание, но очень боялся, что девочки будут над ним смеяться, морщить нос из-за постоянного запаха мочи, который от него исходил. Мечтал об идеальной дружбе. Однако все эти переживания только усугубляли состояние больного, усиливая в нем чувство неполноценности и отчаяния («иногда даже думал о самоубийстве»).

В 15 лет приехал в Москву и был госпитализирован в урологическое отделение. «Сбылась моя мечта стать здоровым. Ехал в Москву — как на крыльях летел». Находясь в отделении, чувствовал себя «среди своих, вокруг были такие же больные, а некоторые — еще более несчастные». С нетерпением ждал операции. В отделении помогал персоналу, ухаживал за послеоперационными больными. Операцию пластики шейки мочевого пузыря перенес хорошо, после операции бодрился, с нетерпением ждал момента, когда снимут швы. Обрадовался, обнаружив, что моча — впервые в жизни — не изливается бесконтрольно наружу, а идет через мочеиспускательный канал. Улучшилось настроение, сон стал более спокойным. Однако вскоре убедился, что у него еще имеется ночное недержание мочи, хотя днем мочеиспускание нормальное. Очень переживал энурез, хотя понимал, что он носит временный характер и обусловлен медленной ликвидацией анатомического дефекта.

В 16-летнем возрасте, когда пациент вновь находился в больнице, состояние его оставалось прежним: ночное недержание мочи сохранялось, личностные особенности качественно не изменились, хотя внешне мальчик стал более жизнерадостным, активным, общительным. Часто вспоминал мать, сожалел, что она не видит его здоровым. Об отце старался не вспоминать и не переписывался с ним: «Он убийца и всю жизнь нашей семье исковеркал». Остается по-прежнему застенчивым, депримированным; ощущение своей несчастности сохраняется. Доволен, что моча днем не вытекает бесконтрольно, но переживает ночное недержание мочи. От кого-то узнал, что у таких больных, как он, не бывает детей, и решил, что не сможет жениться. Очень расстроился, плакал, возникали мысли о самоубийстве. Мальчику проведено 6 сеансов внушения в сомнолентном состоянии, внушались формулы покоя, пробуждение при позыве на мочеиспускание, уверенность и бодрость. Проведено несколько сеансов внушения в бодрствующем состоянии и рациональная психотерапия. После этого больной несколько успокоился, настроение выровнялось, однако тревожность сохранялась.

В 17 лет юноша по-прежнему повышенно внушаем, одновременно с этим чрезмерно робок, нерешителен, угодлив, насторожен, как будто постоянно боится, что его обидят. Мальчик обнаруживает большой

апас знаний, почерпнутый в основном из книг, но в то же время отечается некоторая простодушность, несамостоятельность, неумение остоять за себя. Лидерских свойств нет: «Командовать не хочу и не мею. Чтобы хорошо командовать, нужно обижать других, а я не огу — совесть не позволяет». Повышенно жалостлив, сентиментален, ет твердости, считает себя слабовольным, легко отвлекаемым: «Захоелось — всегда сделаю, а если что-то неинтересно — стараюсь не елать». С тревогой думает о ближайшем будущем, о том, как он ернется в детский дом, что с ним будет в дальнейшем. Беспокоится а свою сестру («Не обижают ли ее?»), с надеждой думает о своем таршем брате: «Скоро он вернется из армии и возьмет нас к себе». Іе знает, где будет потом учиться и сможет ли учиться.

В соматическом состоянии юноши нет каких-либо болезненных naушений, кроме послеоперационных изменений. При исследовании нутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. В неврологическом статусе — легкие микросимптомы в основном со стороны ицевой иннервации и сухожильных рефлексов. Выражены вегетаивные реакции. Координаторно-мозжечковые пробы уверенные. Краниограмма без патологии. Больному проводится соответствующее урологическое лечение. Упор сделан также на психотерапию не только бщекорригирующего содержания, но и антиэнуретическую.

Изучая динамику болезни этого пациента, можно отметить ряд пограничных нервно-психических расстройств, озникавших на разных этапах его жизни, имевших разую выраженность и различное качественное содержание. До 7 лет он был психически здоров, несмотря на эписпадию. Но когда перенес острую психическую травму (гибель матери и арест отца), обнаружил кратковременную субпсихотическую реакцию («ноги подкосились, дыхание перехватило») истерического генеза в понимании E. Kretschmer, перешедшую в невротическое состояние, продолжавшееся около года.

В дальнейшем клиническая картина болезни стала определяться не только невротической депрессией, но и деформацией характера преимущественно астенического типа. Речь идет главным образом о смешанном патологическом формировании личности, обусловленном не только не разрешившейся психотравмирующей ситуацией и наслоением последующих неблагоприятных воздействий (передача детей в детский дом и пр.), но и болезненным переживанием своего физического дефекта, который ограничивает возможности общения с людьми, эстетически неприятен и вызывает постоянное тягостное чувство своей неполноценности.

По-видимому, патологические формирования личности в жизни встречаются несравненно чаще, чем диагностируются. Однако следует избегать и гипердиагностирования этого расстройства. Критериями диагностики пато-

логического формирования личности являются: 1) длительность изменений личности (не менее 5—6 лет); 2) стойкость этих изменений; 3) стабильность личностной деформации, приводящая к социальной дезинтеграции и дезадаптации. Как видно, в основе этих критериев находятся критерии П. Б. Ганнушкина (1933) для диагностики психопатий.

Исходы патологических формирований личности у подростков еще не изучены. Ясно только одно: душевные переживания ребенка и подростка не могут пройти бесследно для последующего развития человека. Как утверждал один из персонажей пьесы Ростана «Сирано де Бержерак», «Все забывается, но детство — никогда». Особенно если детство было омрачено недержанием мочи и кала в первую очередь в результате грубых анатомических дефектов.

НЕВРОПАТИИ И ПРОБЛЕМА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И КАЛА

От многих практических врачей (в первую очередь педиатров) можно слышать будто все или почти все больные с недержанием мочи и кала — это больные неврозами или психопатические личности. В связи с этим специально остановимся на этой стороне проблемы — недержании мочи и кала.

Если за последние десятилетия в понимании психопатий достигнуто единство взглядов и этой проблеме посвящена необозримая в количественном отношении литература, то учение о невропатиях еще не сформировалось, а литература по этому вопросу столь скудна, что почти вся приводится ниже. Следует также отметить, что если при рассмотрении любой другой проблемы психиатрии возникают противоречащие друг другу точки зрения и разные взгляды, то в отношении невропатий у большинства детских психиатров XX века имеется единое мнение, в то время как психиатры, курирующие взрослое население, по-разному понимают сущность невропатий, подразумевая под последней то невроз [Кебриков О. В., 1963], то психопатию [Ганнушкин П. Б., 1933].

Взгляды, например, П. Б. Ганнушкина на проблему невропатий в наиболее концентрированной форме выражены в приведенной ниже цитате из его классической «Клиники психопатий...» Говоря о мнении немецкого психиатра Reichardt (1930), согласно которому необходимо различать невропатии, при которых имеются непорядки

в вегетативной или эндокринной системе, и психопатии, при которых имеют место непорядки в сфере инстинктов, темперамента, характера, П. Б. Ганнушкин пишет: «Мы должны здесь вполне определенно высказаться, что такому делению и такому пониманию вещей не сочувствуем; мы не можем понять разницы между невропатиями и психопатиями (один из этих терминов должен быть уничтожен; нам кажется, что такая участь должна постигнуть термин «невропатия»). Такое деление означало бы возврат к скользкому и пагубному этапу истории психиатрии. Разве «инстинкт, темперамент, характер» отделимы от эндокринного аппарата или вегетативной системы? Разве при невропатиях, по Рейхарту, не принимает участие... психогения?..»[1].

Замечания крупнейшего отечественного психиатра вполне справедливы, если речь идет о проблеме невропатий и психопатий у взрослых людей.

Если раньше термин «невропатия» употребляли как в отношении детей и подростков, так и в отношении взрослых, то в современной психиатрии этот термин может употребляться, по нашему мнению, только в отношении маленьких детей. Так же как, например, рахит является болезнью роста и свойствен лишь маленьким детям, не бывая у взрослых в ином виде, кроме остаточных явлений, так и невропатия может быть только у маленьких детей, оставаясь у взрослых иногда лишь в виде некоторой резидуальной невропатичности (т. е. повышенной склонности к вегето-сосудистым реакциям). «Детская нервность» долгое время считалась синонимом понятия «невропатия». Нам представляется, что необходимо четко различать эти понятия, ибо признание их идентичности вносит лишь путаницу в изучение проблемы: как и следовало ожидать, практически во всех работах, в которых авторы пишут о детской нервности, речь идет не о невропатиях, а о самых разнообразных нервно-психических заболеваниях. По нашему мнению, нервность — это общее недифференцированное (не столько клиническое, сколько литературное) понятие, обозначающее вспыльчивость, раздражительность, нетерпеливость, чрезмерную чувствительность к разнообразным раздражителям, повышенную впечатлительность различного генеза и т. д. Нервность всегда несет на себе отпечаток той болезни, одним из симптомов

[1] *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. — М., 1933, с. 69.

которой она является. Нервность может быть не только проявлением нервно-психической патологии, входящей в компетенцию врача-клинициста, но и конституциональной особенностью личности в рамках как отдельных психопатических черт характера, так и практической нормы. Невропатия — это одно из болезненных состояний, которому свойственна специфическая для невропатий нервность. Понятия «детская нервность» и «невропатия» не идентичны, по нашему мнению, и соотносятся друг с другом как общее с частным.

История изучения невропатий типична для истории изучения любых других областей медицины: исследовательская мысль шла от нечетного, слишком широкого рассмотрения явления к более узкому, дифференцированному, конкретному. Если в XIX веке термин «невропатия» практически был синонимом термина «психопатия» (а последним обозначали все нервно-психические отклонения с преобладанием психических расстройств в отличие от невропатии, когда подразумевалось, что преобладают неврологические расстройства), то сейчас под невропатией понимают специфический комплекс психоневрологических и соматических нарушений (с преобладанием патологии со стороны вегетативной нервной системы), обнаруживающихся с первых дней жизни и имеющих тенденцию к постепенному редуцированию. К типичным симптомам невропатии относятся нарушения суточного ритма сна, кормления и других физиологических отправлений, склонность к диатезам, рвотам (особенно по типу пилороспазма), беспричинным колебаниям температуры, кожным высыпаниям, вздрагиваниям и т. д. Поведение таких грудных детей довольно типично: Г. Е. Сухарева (1959) выделяет 2 основных варианта невропатии — астенический и возбудимый. Дети с первым вариантом робки, незаметны, вялы, у них плохо развиты рефлексы (голодный больной неврозом может не просить еды, может часами лежать с открытыми глазами и не спать и т. д.), они обращают на себя внимание каким-то особым спокойствием. Наоборот, грудные дети с возбудимым вариантом невропатии крикливы, капризны, шумны, могут часами кричать (особенно по ночам), процессы возбуждения у них резко преобладают.

Кто первый и когда употребил термин «невропатия» — неизвестно, однако уже в 1740 г. в английском городе Йорке вышла монография Малькольма Флеминга (M. Fleming) «Neuropathia», в которой речь шла почти обо всех

психических и неврологических заболеваниях у взрослых и частично у детей. Подобный подход к пониманию невропатии сохранялся еще долгое время [1]. В 1884—1894 гг. Ch. Feré опубликовал ряд работ, в которых более узко рассматривал проблему невропатии, понимая под последней все формы наследственных аномалий нервно-психической деятельности, включая умственную отсталость, психозы и т. д. Находясь под влиянием работ B. Morel, автор механически объединял в группу невропатий почти все психические заболевания, имеющие в основе наследственные причины. Однако в работах Ch. Feré уже обнаруживается новая тенденция, которая заключается в том, что автор выделял в невропатических семьях две ветви: в одних случаях преобладали психопатические нарушения, в других — невропатические. Таким образом, Ch. Feré стремился перейти от одностороннего рассмотрения невропатий в прежнем понимании к анализу невропатий с точки зрения их связи с патологией характера. В книге А. Л. Эпштейна «Невропатическая конституция (общая часть)» (1927) отражались те веяния в психиатрии, которые были свойственны 20-м годам нашего века. Автор резко сузил понятие «невропатии» до границ пограничной нервно-психической патологии (в основном психопатий); сделал акцент на наследственных факторах в происхождении невропатий (фактически невропатиями А. Л. Эпштейн именовал различные патологические конституции, синонимом которых он считал психопатии), и, главное, в отличие от авторов предыдущих монографий особо подчеркнул типичность для невропатий соматовегетативной окраски всех болезненных проявлений. Однако книга А. Л. Эпштейна — это преимущественно собрание цитат из работ различных авторов и лишена оригинальности. То же самое можно сказать и о монографии P. Heshard[3], опубликованной в 1927 г. и выполненной в духе работ Ch. Feré. Показательна обобщающая глава о невропатиях в многократно переиздававшемся учебнике по психиатрии [Kraepelin E., 1915, изд. 8-е]. Мало с чем можно не согла-

[1] Упомянем лишь две подобные работы: *Gully I. M.* Expos. of the symptoms and nature of neuropati or nervopusness. — London, 1837; *Мухин Н. И.* Невропатическая наследственность. Очерк по общей этиологии нервных болезней. — Варшава, 1900.

[2] Одна из работ Ch. Feré была издана в Москве в 1895 г. под названием «Нейропатическая семья. Тератологическая теория патологической наследственности, предрасположения и вырождения».

[3] Les syndromes neurcpathiques. — Paris, 1927.

ситься, читая то, что писал E. Kraepelin о невропатии. Последнюю он относил к категории конституциональной неполноценности психики и считал синонимом конституциональной нервности (врожденной нервности). Описания, приведенные E. Kraepelin, практически полностью соответствуют тем, которые в разные годы были даны Г. Е. Сухаревой, Н. И. Озерецким, M. Tramer и др. и которые в последующие 30—40 лет повторялись другими исследователями. Следует особо подчеркнуть поразительную прозорливость E. Kraepelin, который четко различал психопатии и невропатии и ни в коем случае не относил невропатии к психопатиям. Под влиянием E. Kraepelin в немецкой литературе первой четверти нашего века появилось много работ, посвященных детской нервности (невропатии), но большая часть из них имеет сейчас лишь историческое значение.

Не имея возможности подробно рассмотреть взгляды исследователей рубежа XIX—XX веков, мы кратко остановимся на том, как A. Adler (1912) — автор суждений, не утративших своей ценности и до настоящего времени, рассматривал связь невропатии и выдвинутого им положения о невротическом характере. Невротический характер является, по мнению A. Adler, следствием психологической переработки и осознания личностью своей физической (и, на наш взгляд, психической в тех случаях, если она имеется) неполноценности, связанной с психофизической невыносливостью, косметическими дефектами, непоправимыми уродствами и т. д. Автор, конечно, не мог обойти вопроса о том, почему у одних лиц возникает такой «невротический характер», а у других — нет. Для объяснения этого явления A. Adler привлек учение о невропатии, хотя и рассматривал его, как и все его современники, слишком широко. Несмотря на то что во многих случаях речь шла о психопатиях, тем не менее можно сделать вывод, что в первую очередь имеется в виду невропатия в современном нам понимании.

С начала 30-х годов XX столетия начался новый этап в изучении невропатии. Речь идет в первую очередь о работах Г. Е. Сухаревой, после которых к описанию невропатий долгие годы нечего было добавить. Подробно проанализировав в 1934—1935 гг. основную литературу по невропатиям, Г. Е. Сухарева обнаружила, что понятие невропатии является слишком расплывчатым, включающим в себя неврозы, психопатии, а также случаи врожденной нервности, стоящей вне неврозов и психопатий.

Г. Е. Сухарева, четко разграничивая все психические расстройства на основании этиопатогенетических и клинических принципов, пришла к выводу, что о невропатиях можно говорить лишь в случаях эндогенно обусловленной врожденной нервности, т. е. той формы конституционально-неполноценной почвы, которая связана с недостаточностью наиболее древних соматических, физиологических, вегетативных центров в отличие от психопатий, при которых имеется врожденная недостаточность более молодых в филогенетическом отношении сфер (инстинктов и т. д.). Поскольку при невропатиях поражаются иные сферы, чем при психопатиях, то и прогноз этих расстройств разный: при невропатиях он более благоприятный. Солидаризуясь с E. Kraepelin в понимании сущности невропатии, Г. Е. Сухарева меньше внимания уделяла динамике невропатии, хотя в 1940 г. ее сотрудница О. Ф. Ижболдина и попыталась восполнить этот пробел. Последняя изучала катамнез у 24 мальчиков и 10 девочек, выписавшихся 2—9 лет назад из психоневрологического санатория, в котором они лечились по поводу невропатии. Возраст больных ко времени катамнестического исследования 8—13½ года (столь непродолжительный период катамнеза резко снижает значение этой работы и делает выводы автора малорепрезентативными). В зависимости от состояния больных О. Ф. Ижболдина выделила несколько групп. В первую группу вошли 20 детей, невропатические черты у которых полностью сохранились ко времени обследования, во вторую группу — 5 детей с некоторым сглаживанием невропатических черт (невропатичность этих детей, по мнению автора, носила характер возрастной фазы). Третью группу составляли 3 мальчика с патологическим развитием личности (судя по всему, становление психопатии). У остальных 6 больных, отнесенных к четвертой группе, отмечались невропатия на фоне врожденного сифилиса (2 больных), невропатия, связанная с органической неполноценностью (2 больных) и признаки начавшейся шизофрении (2 больных). Автор предполагает, что наряду с невропатией — врожденной формой нервно-психической недостаточности — существует и невропатический синдром, наблюдаемый в ранних стадиях процессуальных заболеваний или предшествующий тяжелым психотическим состояниям.

Первый Украинский съезд невропатологов и психиатров (1934) был, пожалуй, единственным представительным форумом невропатологов и психиатров нашей страны, на котором проблема невропатии подверглась обсужде-

нию. Если в программном докладе Е. А. Шевалева «Классификация неврозов» термином «невропатия» называлась неврастения, возникшая на психопатическом фоне, то в сообщении Г. Е. Сухаревой «Современное состояние проблемы детской нервности» анализировались и те взгляды, от которых психиатрия уже отказывалась, и те, к которым она только еще приходила.

Доклад Е. А. Осиповой и О. Ф. Ижболдиной на этом съезде был посвящен узким вопросам клиники невропатий. Авторы описывают астеническую форму невропатий с двумя подгруппами (психастенический и астенически-шизотимный варианты) и стеническую (эксплозивно-раздражительную) форму невропатий. Авторы подробно анализируют причины невропатий у своих больных; в 70% наблюдений родители были психически невыносливы, склонны к невротическим реакциям, в 77% отмечалась соматическая неполноценность семьи и т. д. О том, что симптомы невропатий чаще всего выявляются у детей с той или иной церебрально-органической неполноценностью, писали все авторы, изучавшие этот вопрос. В специальной работе «Невропатии у детей и их отграничение» H. Harbauer (1962), стоящий на позициях традиционного понимания невропатий, указывает, что, по мнению ведущих немецких психиатров H. Stutte, G. Göllnitz и др., у 90—93% так называемых невропатов имеются признаки энцефалопатии. Финский исследователь Brander (1939), изучив 376 школьников в возрасте 7—15 лет, страдавших недержанием мочи, страхами, снохождениями и другими расстройствами, у 32,4% обнаружил симптомы невропатии. Е. Е. Сканави (1934) отметила, что истерические реакции у детей и подростков встречаются чаще всего у инфантильных личностей с признаками невропатии. Большинство авторов, изучавших невропатии, отмечали, таким образом, существование двух форм невропатии: конституциональной и экзогенной. Последнюю называли по-разному: резидуальная невропатия [Гречихина Г. Л., 1971], невропатический синдром на резидуальном фоне [Демьянов Ю. Г., 1971] и т. д.

С конца 30-х годов проблема невропатий освещалась лишь в единичных публикациях, и только с 60-х годов она вновь появляется в фокусе психиатрических исследований.

Особое внимание было уделено проблеме невропатии при изучении становления вариантов тормозимой (в особенности астенической) психопатии [Буянов М. И., 1968].

Оказалось, что у всех больных астенической психопатией в грудном возрасте обнаруживали признаки астенического варианта невропатии. Последняя была фоном, на котором в дальнейшем строилось здание постепенно формирующейся астенической психопатии. Поэтапное усложнение форм реакций от преобладания преимущественно сомато-вегетативного уровня реагирования к более тонким, более личностным, «более человеческим» формам реагирования — таков путь формирования личности (в том числе аномальной). По нашим данным, полностью подтверждающим и уточняющим данные Е. А. Осиповой, О. Ф. Ижболдиной и других исследователей, по мере созревания личности признаки невропатии все более отходят на задний план, трансформируются, вплетаются в формы характерологического реагирования, способствуя выработке личностью специфических форм приспособления к действительности. Как указывала Е. А. Осипова, невропатия при неблагоприятной внешней ситуации ложится в основание патологического развития личности. Формирование астенической психопатии не есть только эволютивное развитие черт личности, монолитно раскрывающихся, как цветок из бутона, а главным образом и в основном — это именно патологическое развитие личности под влиянием комплекса различных причин, поэтому становятся объяснимыми катамнестические данные, указывающие на то, что лишь немногие невропатические личности оказываются потом больными астенической психопатией, но практически все тормозимые психопатические личности в детстве страдали невропатией [Буянов М. И., 1968]. Невропатия и психопатия — два разных заболевания, встречающиеся на разных этапах развития личности. Невропатия — это болезнь роста, проявление болезненного становления всех основных функций (а не только и не столько психической функции, которая в грудном возрасте по существу не развита) в первые годы жизни, психопатия же — состояние созревшей психики. В случаях становления тормозимой психопатии можно говорить о том, что в возрасте примерно 10—16 лет, когда клиническая картина невропатии уже поблекла, а клиническая картина психопатии еще не совсем сформировалась, имеется широкий спектр разнообразных пограничных расстройств, клиническая картина которых весьма полиморфна, а терминологическое определение сложно.

В одном из наиболее солидных современных руководств по детской психиатрии (1971) H. Harbauer является ав-

тором главы, посвященной невропатии и психопатии у детей. В эту главу включено и описание некоторых вегетативных синдромов и мигрени у детей. По мнению автора, хотя в настоящее время для формирования личности все большее значение придается семье, воспитанию и социальным факторам, было бы недопустимым упрощением отрицать наличие состояний, в развитии которых основная роль должна быть отведена конституционально-биологическим факторам. К последним автор относит психопатии, именуемые им психопатическими развитиями, и невропатию. Наличием в прошлом невропатии автор объясняет «телесный, соматический» оттенок состояния зрелых психопатических личностей.

Как видно из перечисленных основных работ, посвященных невропатиям, эта проблема мало исследована.

В 70-х годах была предпринята попытка по-новому взглянуть на проблему невропатии. Независимо друг от друга были опубликованы две статьи: одна принадлежала автору настоящей книги[1], вторая — Л. Т. Журбе и Е. И. Кириченко[2]. Авторы обеих работ разграничивали невропатию как конституциональную особенность и невропатоподобный синдром вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы (резидуально-органическая невропатия). Помимо этого, мы рассматриваем в рамках невропатоподобного синдрома различные состояния, внешне похожие на невропатию, но возникшие на разных этапах динамики соматических (например, гипертоническая болезнь), психических (шизофрения, инволюционные психозы и пр.) и некоторых других заболеваний. Хотя невропатоподобный синдром встречается в любых возрастных группах, тем не менее чаще всего он отмечается в грудном и младшем дошкольном возрасте и вызван в первую очередь ранним органическим поражением центральной нервной системы.

Прямой корреляции между невропатией (так же как и психофизическим инфантилизмом) и недержанием мочи и кала не существует. Однако у значительного числа лиц, в детстве страдавших недержанием мочи и кала, психофизический инфантилизм и невропатия отмечались как

---

[1] *Буянов М. И.* Невропатия. — Мед. сестра, 1975, № 9, с. 28—30.

[2] *Кириченко Е. И., Журба Л. Т.* Клинико-патогенетическая дифференциация форм невропатии у детей раннего возраста. — В кн.: 4-й Симпозиум детских психиатров социалистических стран. М., 1976, с. 223—237.

признаки какой-то асинхронии развития, указывающие на конституциональную слабость этих больных.

По нашим данным, в последние десятилетия несколько увеличилось число лиц с невропатоподобными расстройствами резидуально-органического происхождения с последующим возникновением на этом фоне различных видов недержания мочи и кала.

Профилактика недержания мочи и кала должна быть комплексной, постоянной и последовательной. Важнейшим звеном ее должна быть профилактика невропатии и невропатоподобных состояний, а также психофизического инфантилизма.

ПСИХОПАТИИ И ПРОБЛЕМА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И КАЛА

Больной 20 лет обратился с многочисленными жалобами на низкую выносливость, повышенную утомляемость и истощаемость, слабоволие, неспособность довести до конца начатое дело и т. д. «Всю жизнь меня преследуют удары судьбы, — жаловался больной. — Видно, я как-то предрасположен к тому, чтобы именно ко мне цеплялись все болезни и неудачи. С раннего детства я был особым ребенком: до 14 лет мочился в постель, до 8 лет было недержание кала, со времени становления речи и по сей день заикаюсь, хотя с годами заикание значительно уменьшилось. Временами появляются тики. Откровенно говоря, я никогда не переживал из-за недержания мочи и кала, заикания или тиков. Конечно, мне хотелось от них избавиться, но я ничего не делал для этого. Даже когда врачи давали мне лекарства и советы, я старался не лечиться. Почему? Лень было, наплевательски ко всему относился, воля слаба... Меня беспокоит в основном мой характер, а не заикание или недержание мочи. Сколько помню себя, я всегда был тихим, робким, не мог за себя постоять. Все меня раздражало — не в том смысле, что я кричал, дрался, активно сопротивлялся чему-то, а в том, что все выявляло мою душевную и физическую невыносливость, низкую самооценку, плохую переносимость обычных житейских обстоятельств. Не мог отвечать у доски, например, не потому, что боялся заикания или не знал урока, а оттого, что не было настроения идти к доске и говорить. Не мог ездить в транспорте, находиться в духоте или на жаре: тошнило, кружилась голова, клонило в сон. До 6—7 лет страдал сильным экссудативным диатезом. Из-за этого по сей день очень разборчив в еде. Многие виды пищи не переношу. Очень чувствителен к перемене погоды: чувствую уже за несколько дней, что будет дождь или солнце. Не переношу все резкое, грубое, неожиданное. Настроение всегда пониженное. Нет ни тоски, ни тревоги, а скорее какая-то душевная слезливость. Люблю мечтать, представлять себя сильным, смелым, удачливым, а сил ни на что нет, могу только говорить о делах, но не делать их. Чтобы расковать себя, стал в последние месяцы пить вино. Вообще-то я всегда плохо переносил алкоголь и табак. Помню, в 16 лет выпил рюмку вина и чуть не умер от рвоты и головокружения. Но тут стал часто прикладываться к рюмке, пью каждый день и за месяц превратился в пьяницу. Тянет к вину, по утрам руки дрожат, хмелею от одной малюсенькой рюмки, перестал ходить в институт. Скоро приедут родители (они на полтора месяца уезжали, меня остави-

ли без присмотра, вот я за это время и спился), скандал будет, поэтому и пришел к психиатру».

Больной происходил из интеллигентной семьи. Единственный ребенок в семье; родился, когда отцу было 58 лет, а матери 42 года. Родители души не чаяли в долгожданном первенце, оберегали его от болезней и неприятностей. Ребенок родился от беременности, протекавшей с токсикозом, от длительных родов. Закричал сразу, вес 3450 г. В грудном возрасте был сильный экссудативный диатез, потом ребенок много болел — в основном желудочно-кишечными расстройствами и пневмонией. С 9—10 лет у него диагностировали дисфункцию желудочно-кишечного тракта и желчного пузыря.

Мальчик рос слабым, очень чувствительным и, как говорили родители, «без воли к жизни, без жизненной силы». По поводу заикания ребенка неоднократно консультировали специалисты, но ни одно из их рекомендаций мальчик не выполнял: ему советовали говорить спокойнее, медленнее, следить за речью; он же быстро забывал об этих рекомендациях.

Недержание мочи было связано с обильным питьем на ночь, стоило выпить вечером 1—2 стакана чая или молока, как под утро мальчик обязательно мочился в постель, после чего сразу просыпался, сам менял простыни и засыпал, как ни в чем ни бывало. Родители постоянно объясняли ему, что нельзя вечером много пить и есть, но мальчик не обращал на эти слова никакого внимания: он делал только то, что ему нравилось, отсрочить получение удовольствия он никогда не был способен.

Недержание кала к 8 годам прекратилось, но недержание мочи еще долго сохранялось. В 18 лет перенес операцию по поводу фимоза.

В школе учился плохо: был медлительным, робким, неуверенным в собственных силах. Его постоянно обижали более шустрые и агрессивные сверстники. В школе у него была кличка «недотепа». Все, кто общался с мальчиком, отмечали его душевную незрелость, отставание от возрастных норм развития эмоционально-волевой сферы, слабоволие.

Все эти особенности характера были очень заметны и определяли облик больного, его адаптацию. С годами они усиливались и сопровождались другими расстройствами. В частности, с 14—15 лет подросток стал очень мнительным, искал у себя различные болезни. В это же время изменилось и настроение: стал более меланхоличным и вялым. Тем не менее он усиленно занимался с репетиторами, успешно окончил школу и поступил в медицинский институт.

Больной астенического телосложения, пониженного питания. Охотно и подробно рассказывает о себе. В своих рассказах упор делает на свою ненормальную конституцию, просит укрепить его волю и выносливость, а заодно вылечить от пьянства.

Действительно, психофизическая конституция больного аномальна, она может быть отнесена к кругу астенических психопатий. Недержание мочи и кала, заикание, хронический алкоголизм — лишь следствие патологической конституции, а не ее причина.

По происхождению психопатии бывают преимущественно наследственно обусловленными и обусловленными в основном органическими вредностями во время беременности, родов и в первые 2—3 года жизни.

При психопатиях имеет место врожденная дисгармония биологических компонентов личности. Именно поэтому у психопатических личностей часто встречаются неврозоподобное недержание мочи и кала, заикание и другие симптомы дизонтогенеза.

Недержание мочи наблюдается при разных формах психопатий, в том числе при астенической, психастенической (тревожно-мнительной) и шизоидной.

В 1965—1967 гг. мы изучили катамнез 80 лиц, которые в 1944—1949 гг. лечились в детских психиатрических учреждениях по поводу выраженных черт повышенной тормозимости в поведении и характере, позволявших предполагать, что эти больные угрожаемы в плане формирования у них патологических черт характера тормозимого типа. Спустя в среднем 20 лет обнаружилось, что 26 обследуемых страдают психопатией, в том числе 11 — астенической, 5 — психастенической, 6 — шизоидной и 4 человека — возбудимой психопатией. У 10 больных из 26 в детстве было недержание мочи (в том числе у 7 из 11 психопатических личностей астенического типа), а у 4 — и недержание кала. У 25 других обследуемых отмечались отдельные психопатические черты тормозимого типа (у 9 из них в детстве было недержание мочи, а у 3 — недержание кала). У 18 других катамнестически изученных лиц не было каких-либо аномальных свойств психики и у 11 больных выявлена шизофрения.

Таким образом, из 51 обследуемого у 19 в детстве было недержание мочи, а у 7 — недержание кала. У психопатических личностей могут обнаруживаться не только недержание мочи и кала, обусловленное теми же факторами, которые вызвали врожденное недоразвитие эмоционально-волевой сферы, но и невротические нарушения моче- и каловыделения. Вследствие особенностей эмоционально-волевых свойств личности психопатические субъекты склонны к невротическим системным расстройствам, имеющим из-за конституциональных свойств личности тенденцию к длительному течению.

Больной 13 лет, чрезвычайно нерешительный, робкий, впечатлительный, попал в компанию уличных подростков, которыми верховодил взрослый мужчина, недавно выпущенный из тюрьмы. Больной хотел было отойти от этой компании (по натуре он был труслив, ленив, по-детски непосредствен, очень невынослив и т. д.), но ему пригрозили за это «темной», он испугался и остался в компании. Однажды вожак решил проверить его: он приказал ему принять участие в ограблении газетного киоска. Пациент не смог дать отпор и согласился. Во время ограбления он от страха упустил мочу. В последующем,

когда он вспоминал это ограбление или принимал участие в других ограблениях, у него обязательно бывало дневное недержание мочи. Подросток никому об этом не говорил, стеснялся. Потом он все же обратился к врачу за помощью. Склад характера его был весьма похож на психопатический с чертами неустойчивости. Однако диагноз психопатии обычно ставится после 18—22-летнего возраста [Ганнушкин П. Б., 1933], пока не закончен процесс формирования личности (правда, шизоидная и эпилептоидная психопатии диагностируются в более раннем возрасте) [Буянов М. И., 1968]. Поэтому в отношении данного пациента можно лишь предполагать, что с годами у него будет обнаруживаться психопатический склад характера, способствовавший в свое время появлению невротического недержания мочи.

Недержание мочи и кала — почти всегда проявление незрелости всего организма или некоторых его функциональных систем. Психопатия же, за небольшим исключением — состояние созревшей психики. Недержание мочи и кала, с одной стороны, и психика — с другой, могут сочетаться главным образом в возрасте до 10—12 лет, потом недержание мочи и кала, как правило, прекращается, а психопатический склад характера (если он имеет место) становится более заметным. Вот почему в анамнезе психопатических личностей столь часто встречается недержание мочи и кала. Однако не исключено, что столь же часто недержание мочи и кала отмечается и в анамнезе лиц без психопатических черт характера.

Часть третья

ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И КАЛА

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОИЗВОЛЬНОГО МОЧЕ- И КАЛОВЫДЕЛЕНИЯ

Всякое расстройство необходимо лечить с того момента, когда оно обнаружилось, и до того времени, пока оно окончательно не прекратилось. Лечение складывается из множества составных частей, в частности из диеты, режима, лечебной физкультуры и т. д. Если достигнут положительный результат и отпала необходимость в психотерапии, физиотерапии или фармакотерапии, то лечебную диету, режим, лечебную физкультуру, навыки психотерапевтической саморегуляции необходимо использовать хотя бы еще полгода для закрепления результатов терапии. Лечение всегда должно быть комплексным, однако сочетание его составных частей, их удельный вес зависит от формы патологии. Излишне говорить, что лечат не болезнь, а больного со всеми его индивидуальными особенностями.

Принципы лечения больных с недержанием мочи и кала такие же, как и принципы лечения больных с любыми другими пограничными психоневрологическими и соматическими нарушениями. Когда же анализируешь литературу по использованию тех или иных методов в лечении больных с недержанием мочи и кала, то не устаешь удивляться обилию взаимоисключающих выводов, спорных положений и противоречащих друг другу оценок.

Испокон веков здравый смысл утверждал: поскольку большинство детей оправляются в постель из-за глубокого сна, их нужно насильственно пробуждать, чтобы таким образом выработать соответствующий рефлекс и тем самым ликвидировать недержание мочи и кала во сне. Другое дело, что это искусственное пробуждение может быть по форме щадящим или грубым, помогающим ребенку научиться просыпаться ночью при позыве на опорожнение кишечника и мочеиспускание или, наоборот, превращающим его в больного неврозом. Это пробуждение может сочетаться с другими лечебными приемами. Издавна из-

вестно также и то, что слишком глубокий сон бывает, как правило, в том случае, если человек спит лежа на спине. Чтобы человек ночью не храпел или не мочился во сне, к его пояснице привязывали щетку или другой предмет: перевернувшись на спину, человек благодаря этому сразу же просыпался.

Давно было известно, что если человек мочится во сне после обильно выпитой жидкости, т. е. его мочевой пузырь не может выдержать напора выделяемой почками мочи, этот человек должен спать с приподнятым ножным концом кровати. При этом напор мочи будет меньше давить на уретральные сфинктеры, а прилив крови к голове вызовет поверхностный сон, и тогда больной будет просыпаться при позыве на мочеиспускание или опорожнение кишечника.

Тем больным с недержанием мочи, у которых оно обусловлено дисфункцией уретральных сфинктеров и мочевого пузыря, необходимо спать на спине с подложенным под колени жестким валиком. Благодаря этому в мочевом пузыре будет скапливаться большее количество мочи, она не будет вытекать каплями, и тем самым усилится позыв на мочеиспускание, больной будет быстрее пробуждаться.

В большинстве руководств по терапии недержания мочи и кала все эти эмпирически выработанные веками приемы отрицаются и даже считается, что, кроме вреда, они ничего не приносят. Иными словами, здравый смысл подчиняется узкопрофессиональным схемам и умозрительным выводам. Конечно, если рассматривать недержание мочи и кала как некое однородное расстройство, то от насильственного пробуждения можно ожидать всякое: больному с неврозом оно принесет лишь вред, больному с гипотонией уретральных сфинктеров особой пользы не будет, а ребенку с профундосомнией это поможет, если, конечно, насильственное пробуждение будет сочетаться с иными методами лечения. Ясно и то, что при любой форме патологии насильственное пробуждение принесет лишь вред (порой непоправимый), если оно будет неожиданным, грубым, резким, унижающим достоинство больного. Стало быть, дело не в самом методе, а в том, когда и как он используется. Отрицая полезность якобы устаревшего метода насильственного пробуждения, ученые XX столетия тем не менее изобрели великое множество аппаратов, основанных в общем на том же принципе: насильственно пробуждать больного, если он начинает непроизвольно

упускать мочу, т. е. функции матери, пробуждающей ребенка, теперь выполняют аппарат Ласкова и иные схожие с ним изобретения, которые, как будет показано позже, очень эффективны при лечении некоторых форм недержания мочи.

Многие исследователи [Pereira E., D'Oliveira, 1961, и др.] успешно лечили недержание мочи насильственным пробуждением, даже по 5—10 раз за ночь: подобный прерывистый сон быстро формирует сторожевой пункт в коре больших полушарий.

На 5-м конгрессе Союза европейских детских психиатров (Вена, 1975) западногерманский врач Гарри Штегат (H. Stegat)[1] выступил с программным докладом «Поведенческая терапия энуреза и энкопреза». Автор проанализировал 76 наиболее солидных североамериканских и западноевропейских публикаций о подобном методе лечения недержания мочи и кала и пришел к выводу, подтвержденному и собственным опытом, что насильственная выработка условного рефлекса на моче- и каловыделение несомненно является высокоэффективной. Поведенческая терапия, применявшаяся автором доклада и цитируемыми им исследователями, сводилась к многомесячному, иногда по нескольку раз за ночь, насильственному пробуждению пациента незадолго до того, как должно произойти моче- и каловыделение. H. Stegat не разделяет указанные расстройства на невротические и неврозоподобные, но, судя по всему, он предпочитает использовать подобную условно-рефлекторную психотерапию (мы включаем ее в группу тренировочных методов) главным образом в отношении пациентов, у которых имеют место неврозоподобные нарушения.

Против такого подхода к лечению указанных нарушений у нас нет принципиальных возражений.

Мы не наблюдали ни одного случая, когда бы насильственное пробуждение лиц с профундосомнией, проводимое в деликатной форме, невротизировало бы ребенка, вызывало бы у него страх перед засыпанием или стойкие реакции протеста против подобного лечения. Грубое же пробуждение, разумеется, ничего, кроме вреда для психики, принести не может — это аксиома касается формы пробуждения, а не его сущности.

---

[1] *H. Stegat.* Die Verhaltenstherapie der Enuresis und Encopresis.— Zschr. für Kinder und Jugendpsychiatrie, 1975, Bd 3, H. 2, S. 149—173.

По сей день нет единства даже в таком вопросе, как отношение к больному с недержанием мочи и кала. Большинство исследователей указывают, что нельзя травмировать больного, нужно внушать ему излечимость его расстройств, не следует напоминать ему о его заболевании. Тут нам бы хотелось отметить следующее.

Деликатно, щадяще, вежливо, неунизительно нужно относиться ко всем людям, а к больным тем более. Доброе отношение — это не прием лечения, а норма межлюдских отношений. Какого-то специфически доброжелательного отношения только к лицам с недержанием мочи и кала нет и не может быть. Однако в деликатном отношении к подобному больному следует не переступать некую грань, т. е. нужно, чтобы оно не превратилось в сюсюкающее, инфантилизирующее, чтобы не вызвало у больного иждивенческих настроений. Больному следует твердо заявить, что во многом его излечение зависит от него самого, что только он один и больше никто должен выполнять рекомендации врача, что искусство врача в данном случае заключается главным образом в том, чтобы разобраться в сущности страдания, назначить правильное лечение и исчерпывающе объяснить больному, как его выполнять. Недержание мочи и кала не является смертельным заболеванием, к патологическому формированию личности оно приводит чрезвычайно редко, чаще всего оно проходит само по себе. Поэтому если больной намерен выздороветь, он обязан строго выполнять врачебные рекомендации. Известно много больных, которые прекрасно осознавали наличие у них недержания мочи или кала, но нисколько не переживали его и лишь на словах собирались выполнять советы врачей: вылечиться от недержания мочи и кала хотелось не столько им, сколько их родителям. Чаще всего это встречается у лиц с неврозоподобным недержанием мочи и кала и в основном у детей и подростков с признаками психического инфантилизма. В таких случаях нужна не «пошерстная психотерапия» [Вельвовский И. З., 1968], а решительная, безапелляционная, императивная, требовательная «психотерапия-головомойка».

Бережное и в высшей степени щадящее отношение должно быть в первую очередь к лицам с невротическим энурезом или энкопрезом, им-то и не следует напоминать об их недержании мочи и кала. Всем же остальным больным напоминать об этом нужно, но не для того, чтобы унижать их, а чтобы мобилизовать на кропотливейшее исполнение врачебных рекомендаций. В тех случаях, когда

больной не намерен лечиться, его следует оставить в покое либо постепенно добиться возникновения у него такого желания.

В любом случае врач должен показывать свою веру в могущество медицины, в свое умение вылечить недержание мочи и кала; если от врача не будет веять оптимизмом и профессиональным мастерством, то он вряд ли поможет больному, даже если и будет использовать все лечебные приемы правильно и к месту.

Одной из лучших в мировой литературе работ, анализирующих большинство методов лечения больных с недержанием мочи, является второе издание монографии Б. И. Ласкова и А. Я. Креймера «Энурез», опубликованной в 1975 г. Авторы выделяют следующие методы лечения: 1) метод принудительного пробуждения больного; 2) диетическое лечение; 3) медикаментозное лечение: а) вещества, действующие преимущественно на вегетативную иннервацию органов; б) препараты, возбуждающие центральную нервную систему; в) нейролептики, антидепрессанты и некоторые другие препараты; г) гормональные препараты; 4) физиотерапия: а) простейшие физические способы лечения энуреза; б) сегментарно-рефлекторная терапия энуреза; в) лечебная физкультура при энурезе; 5) хирургические методы лечения: а) тканевая терапия; б) метод инъекционной терапии; в) инстилляция лекарственных растворов в шейку мочевого пузыря; 6) психотерапия; 7) условнорефлекторные методы терапии (применение аппарата Ласкова и сходных приемов).

Авторы показывают, что по существу нет ни одного метода, который бы явно помогал пациентам, ибо аргументов в пользу использования того или иного метода и аргументов против этого же метода почти одинаково много. Авторы, например, приводят множество данных, касающихся эффективности мелипрамина. Одни исследователи высоко оценивают действие этого препарата, другие сводят весь его эффект к психотерапевтическому действию, третьи — вообще отрицают какую-либо полезность мелипрамина. Исходя из этого, Б. И. Ласков и А. Я. Креймер приходят к выводу, что лишь методы условнорефлекторной терапии являются наиболее эффективными, хотя тоже далеко не всегда.

Чем же объяснить столь пессимистические выводы этих исследователей, выводы, типичные для большинства работ, посвященных терапии недержания мочи? Ответ напрашивается сам собой: не методы плохи, а то плохо,

Таблица 4

Основные составные части психотерапии

Общая психотерапия	Частная психотерапия	Специальная психотерапия
1. Психотерапевтический компонент фармакотерапии, физиотерапии и других методов лечения (включая эффект «пустышки») 2. Психотерапевтический аспект трудотерапии, лечебной педагогики, логопедии и пр. 3. Психотерапевтический аспект медицинской деонтологии и медицинской психологии 4. Психотерапия средой и психотерапия среды 5. Другие виды	1. Суггестивная психотерапия 2. Тренировочная психотерапия 3. Рациональная психотерапия 4. Коллективная психотерапия 5. Игровая психотерапия 6. Наркопсихотерапия 7. Стрессопсихотерапия 8. Другие виды психотерапии	1. Психотерапия как часть комплексного лечения неврозов 2. Психотерапия как часть комплексного лечения неврозоподобных расстройств резидуально-органического генеза 3. Психотерапия как часть комплексного лечения психосоматических нарушений 4. Психотерапия как часть комплексного лечения процессуальных нервных и психических заболеваний 5. Психотерапия как часть комплексного лечения патологических реакций и формирований характера 6. Психотерапия как часть комплексного лечения стойких деформаций личности (психопатии, олигофрении) 7. Психотерапия как часть комплексного лечения других нервно-психических расстройств 8. Психотерапия как часть комплексного лечения хирургических и соматических страданий 9. Психотерапия как способ ликвидации или уменьшения состояний психологического напряжения у здоровых и больных (разная патология) людей

что они недифференцированно используются. Если рассматривать недержание мочи как однородное в клиническом, этиологическом и патогенетическом отношении расстройство, то вряд ли найдется метод, который был бы одинаково эффективен при лечении всех больных с этим недугом.

Из этой — основной — идеи нашей книги вытекает необходимость рассмотрения вопросов лечения недержания мочи не в зависимости от сущности того или иного метода терапии, а исходя из клинической дифференциации форм недержания мочи. Поэтому мы не будет перечислять все известные приемы, а остановимся лишь на наиболее эффективных при том или ином виде недержания мочи и кала.

Особо следует подчеркнуть роль психотерапии, ибо этот раздел менее всего освещается в работах по лечению недержания мочи и кала. Психотерапия — комплекс приемов, направленных на ликвидацию различных нарушений (соматических, психических и т. д.) и состояний душевного дискомфорта с помощью психических методов воздействия. Психотерапия, с одной стороны, является системой знаний, которой должны владеть все медицинские работники, а с другой — профессией, такой же самостоятельной, как хирургия, акушерство или физиотерапия. По мнению одних исследователей, психотерапия является частью психиатрии и невропатологии, по мнению других, она автономна от этих дисциплин. Существует более 70 приемов психотерапии, условно объединяемых нами в несколько групп (табл. 4)[1].

При лечении недержания мочи и кала, как и при лечении любых других расстройств, используются все приемы психотерапии, однако удельный вес их при лечении каждой клинической формы различен. Что касается терапии недержания мочи и кала, то чаще всего используются разнообразные виды суггестивной психотерапии: внушение в бодрствующем состоянии, внушение в предсонном состоянии; внушение в просоночном состоянии; внушение в гипнотическом состоянии (в состоянии сомноленции, в со-

[1] Содержание отдельных приемов психотерапии излагается в ряде работ, упомянутых в списке литературы, а также в методических рекомендациях: *Буянов М. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков (суггестивные и тренировочные методики). — М., 1976; *Буянов М. И., Катков В. Г., Штеренгерц А. Е.* Психотерапия в детском возрасте. — Одесса, 1982; *Захаров А. И.* Групповая психотерапия при неврозах детского возраста. — Л., 1979; и др.

стоянии гипотаксии, в состоянии сомнамбулизма); молниеносный гипноз, обычный гипноз, расширенный гипноз-отдых, наркогипноз, гипнонаркоз[1].

При анализе опубликованных работ, посвященных психотерапевтическому лечению этих расстройств, обращает на себя внимание чрезвычайная противоречивость полученных данных. Споры идут по всем направлениям: что внушать, как внушать, когда внушать, кому внушать да и вообще стоит ли внушать, если результаты лечения неопределенные? Например, казалось бы, простой вопрос: что внушать больному с недержанием мочи и кала? Одни исследователи уверены, что следует внушать поверхностный сон с обильными сновидениями, чтобы больной немедленно проснулся при позыве на кало- и мочеиспускание. Другие считают, что, наоборот, нужно внушать более глубокий сон, так как, по их мнению, чем крепче будет спать больной, тем реже у него будет возникать недержание мочи и кала.

Различия в воззрениях сами по себе отпадут, если недержание мочи и кала не будет рассматриваться как некое гомогенное расстройство. Понятно, что при невротическом недержании мочи и кала следует внушать наступление глубокого сна; при неврозоподобном, обусловленном профундосомнией, — поверхностный сон. Проводить внушение следует не в любое время дня, а главным образом перед засыпанием (внушение в предсонном состоянии). Независимо от формы недержания мочи и кала больной должен засыпать с мыслью, что он непременно проснется при малейшем позыве на кало- и мочеиспускание. Эмпирический опыт учит, что с чем человек заснул, то ему чаще всего и будет сниться, с тем он чаще всего и проснется. В таких случаях обычно приводят хрестоматийный пример с матерью, заснувшей во время бомбежки, держа на руках грудного ребенка: рвутся снаряды — мать спит, но ребенок пискнул — и она мгновенно очну-

---

[1] Хотя главным оружием психотерапевта является слово, не следует думать, что словесным воздействием, т. е. разговорной психотерапией, исчерпывается эта область лечения. В психотерапевтических целях используются воздействия на все органы чувств, а иногда и вовсе пока еще не изученные приемы. В частности, один из родоначальников материалистического и клинического направлений в психотерапии A. Liebeault опубликовал работу: «Etude sur le zoomagnètisme» (Париж, 1883), в которой описывал, как он лечил 45 детей (32 из них были моложе 3 лет), достигая положительных результатов одним только наложением рук на больное место.

лась. Это случилось оттого, что мать задремала с мыслью о ребенке, о том, что она должна немедленно ему помочь, как только тот испытает состояние дискомфорта.

В дальнейшем мы будем излагать содержание некоторых психотерапевтических приемов, руководствуясь тем, чтобы это были лишь те методы, которые: 1) имеют прямое отношение к тематике книги; 2) могут успешно применяться любым врачом и без специальной подготовки; 3) не требуют госпитализации больного и рассчитаны в первую очередь на помощь в амбулаторных условиях.

Необходимо помнить: сколько психотерапевтов — столько и модификаций одного и того же метода лечения. Обилие психотерапевтических приемов и их бесчисленные модификации не должны вызывать недоумения или раздражения, так как психотерапия — процесс творческий и не терпит шаблонов. Каждый врач постепенно сам вырабатывает свой индивидуальный стиль работы, у него появляются свои излюбленные приемы, соответствующие его индивидуальным особенностям. Именно эти сугубо индивидуализированные приемы, отражающие личность психотерапевта, и помогают больным; эффективность их почти стопроцентная. Это подтверждает старый закон психотерапии: лечат не методы — лечит личность психотерапевта. Зачастую не так важно лекарство, которое он назначит; более существенным является то, как он преподнесет его пациенту. Именно этим можно объяснить противоречивость данных об эффективности того или иного метода. В одних случаях заведомо высокоэффективный препарат, назначенный адекватно клинической картине и патогенезу расстройства, не дает ожидаемого эффекта. В других случаях совершенно бесполезное лекарство оказывается чрезвычайно эффективным. Это касается не только лечения недержания мочи и кала, но и лечения всех ных расстройств: по данным Е. Б. Вотчала (1970), . И. Янушкевичуса (1974) и других терапевтов, не менее 0% всех существующих лекарств помогают не столько благодаря химическим свойствам, сколько за счет психотерапевтической оранжировки. Таким образом, все методы лечения недержания мочи и кала должны быть пронизаны психотерапевтическим духом.

Помимо общей психотерапии, в лечении лиц с недержанием мочи и кала широко используется частная психотерапия, в первую очередь суггестивная. Внушение может проводиться индивидуальным, групповым (вместо того

Заказ № 2785

чтобы всем больным внушать одно и то же, их для экономии времени врача объединяют в одну группу), семейным (когда лечится одновременно вся семья или часть ее), массовым и коллективным способами.

Психотерапевт, особенно работающий с детьми и подростками, — не только врач, но всегда и педагог, стремящийся максимально убедительно, просто и эффективно воздействовать на больного в нужном направлении. В частности, проводя словесное внушение, мы чередуем как утвердительные («ты будешь смелым, решительным»), так и отрицательные («ты не будешь трусливым, не будешь теряться в новой обстановке...») обороты. Ведь важна не только содержательная сторона речи, но и ее убедительность, эмоциональность, важно, в какой степени она затрагивает больного.

Чем младше или инфантильнее больной, тем чаще мы употребляем запрещающие, отвергающие и даже высмеивающие обороты, которые, как правило, более конкретны, доходчивы, императивны, значимы для личности пациента, эмоциональны, активизируют больного, затрагивают его самолюбие, а не уводят в мир несбыточных мечтаний или недостижимых иллюзий. Когда мать учит маленького ребенка, она употребляет куда больше запрещающих выражений, чем разрешающих (она говорит: «Не хватай, не ходи, не лезь...» и лишь потом добавляет: «Не будешь делать то-то и то-то, станешь хорошим ребенком»). То же самое и в психотерапии: не следует изобретать новые законы, нужно лишь следовать народному опыту, здравому смыслу, не отрываться от реальности.

Всем больным с недержанием мочи и кала независимо от патогенетического варианта мы проводим: 1) внушение в бодрствующем состоянии; 2) внушение в состоянии выраженной сомноленции или гипотаксии.

Остальные виды суггестивной психотерапии проводим в зависимости от основного патогенетического механизма нарушения.

Внушение в бодрствующем состоянии проводим 1 раз ежедневно в течение 2—3 дней, а затем 1 раз в 3—4 дня. В общей сложности — 7—8 сеансов. Чем ближе к ночному засыпанию используется этот метод, тем более он эффективен (разумеется, если он применяется в комплексе с другими приемами, зависящими от патогенетического варианта расстройства).

Приводим примерную схему внушения в бодрствующем состоянии.

Прими удобную позу, можешь закрыть глаза, но если не хочешь, не закрывай их. Не спи, внимательно слушай меня. Ты чувствуешь себя спокойно, ничто не тревожит, настроение ровное, умиротворенное; на душе легко. Ты ничего не боишься, ни о чем неприятном не думаешь. Сердце бьется ровно, незаметно, дышится медленно и плавно. Во всем теле приятное тепло. Ты не спишь, ты слышишь мой голос, вызываешь у себя все ощущения, о которых я говорю. Пока я буду считать до 5, ты в еще большей степени почувствуешь спокойствие. Один... Два... Три... Четыре... Пять... На душе спокойно, ты отдыхаешь, не спишь, ты полон покоя. Ты отдохнул, набрался сил, спокойствия. Ты будешь уверен в себе и смел. Ты ни о чем не беспокоишься. Твой мочевой пузырь и кишечник будут работать прекрасно, ты не будешь думать о них, не будешь волноваться. Ты здоров, мочевой пузырь и кишечник работают безукоризненно, ты полон сил и уверенности. Ты здоров. Ты твердо, точно, безусловно знаешь, что если во сне появится позыв на кало- и мочевыделение, ты сразу же проснешься, пойдешь в туалет, опорожнишь мочевой пузырь и кишечник, вернешься в постель и заснешь. Ты абсолютно убежден в этом, ты нисколько в этом не сомневаешься. Ты чувствуешь себя уверенным, сильным, здоровым. Ты знаешь: при малейшем позыве опорожнить мочевой пузырь или кишечник ты проснешься, если спишь, и удовлетворишь позыв не в постели, а в туалете. Встань. Ты хорошо помнишь все, что тебе сказано. Мои слова звучат в твоих ушах. Ты будешь помнить их...

Внушение в бодрствующем состоянии складывается из двух этапов: на первом внушается спокойствие, на втором — абсолютная уверенность в своих силах, в своем здоровье, в способности выполнять все врачебные рекомендации. Проводя первый этап внушения, психотерапевт говорит мягким, убаюкивающим голосом. На втором же этапе голос врача становится резким, громким, напористым, психотерапевт говорит отрывисто, повелительно, безапелляционно, подавляя волю пациента. Как и во всех случаях психотерапии, врач повторяет каждую фразу 2—3 раза. Средняя продолжительность сеанса внушения в бодрствующем состоянии 10—15 мин.

В психотерапии нет столбовых дорог, есть индивидуальные тропинки, поэтому всякая психотерапия — это импровизация, исключающая схемы и догмы[1]. Приводимые формулы внушения в связи с этим дают лишь общее представление о содержании и направлении лечения.

В течение 15 лет мы используем следующую модификацию весьма распространенного приема, направленного

---

[1] По-видимому, поэтому хорошим психотерапевтом не может быть любой врач (высококвалифицированным мастером — тем более!). Помимо таланта, тут важны и некоторые другие факторы. В частности, «...пессимисты не должны быть врачами по нервным болезням точно так же, как не могут быть ими бесчувственные, сухие коммерсанты» (Форель А. Гипнотизм, или внушение, и психотерапия: Пер. с 12-го немецкого издания. — Л., 1928).

на то, чтобы с помощью внушения воспроизвести процесс физиологического пробуждения при наполнении мочевого пузыря: таким образом формируется постоянный сторожевой пункт в коре головного мозга. Практически не было ни одного случая, чтобы этот прием не удался; это не подтверждает широко распространенное мнение о том, что далеко не все пациенты (а дети тем более) поддаются внушению, что гипнотерапия недержания мочи бессмысленна, неэффективна и даже вредна. Смысл метода сводится к следующему: больной выпивает 1—2 стакана воды, через 15—25 мин его вводят в состояние сомноленции или гипотаксии и внушают ему, что когда появится позыв на мочеиспускание, он самостоятельно проснется и пойдет в туалет. Ко времени проведения внушения у больного появится и будет нарастать стремление испустить мочу, тем более что он употребил много жидкости.

Проведение внушения складывается из трех этапов: 1) введение в состояние повышенной сонливости; 2) внушение на фоне состояния повышенной сонливости; 3) выведение из этого состояния. Обычно на введение в состояние повышенной сонливости отводится 10—15 мин, на внушение в этом состоянии 7—8 мин, на выведение 3—4 мин. Проведение внушения не требует какого-то специального помещения, да еще оборудованного каким-то необычным способом. Опытный врач не нуждается и в добавлении в воду, выпиваемую пациентами, какого-либо индифферентного порошка, представленного больному как медленно действующее снотворное.

Введение в состояние сомноленции и последующее гипнотическое состояние доступно каждому врачу. После того как больной принял удобную позу, психотерапевт спокойным, ровным голосом сообщает, что сейчас будет проведен сеанс лечебного внушения в состоянии искусственно вызванной повышенной сонливости, при которой больной будет слушать голос врача, а все остальные звуки до него либо вообще не будут доходить, либо будут очень неотчетливы и приглушены. Психотерапевт повторяет каждую фразу по многу раз, причем голос врача становится все более тихим и убаюкивающим. С незначительными интервалами психотерапевт должен много раз повторять: «спи». Гипнотическое состояние и есть тот метод лечения, при котором больной должен спать, но это особый сон, при нем обязательно сохраняется состояние раппорта. Психотерапевт обязан несколько раз повторять, что во время состояния лечебного сна больной будет слы-

шать голос врача. Если это не говорить, то некоторые больные, выйдя из гипнотического состояния, недоумевают: «Что же это за сон, если я слышал голос врача?»

После этого психотерапевт спокойным, несколько монотонным голосом повторяет фразы, вызывающие и усиливающие у больного представления об ощущениях, свойственных естественному сну. Понятно, что эти формулы должны быть приспособлены к возрасту больного и его состоянию. Они должны быть доходчивыми и образными.

— Ты погружаешься в состояние лечебного сна, — говорит психотерапевт ребенку или подростку, — твои веки становятся тяжелыми, они слипаются, глаза отдыхают так же, как это бывает при обычном засыпании. Ноги и руки становятся тяжелыми, по всему телу разливается приятное тепло, дыхание становится ровным, ритмичным, незаметным. Сердце бьется легко. Нет никаких забот и переживаний, на душе хорошо. Все больше и больше хочется спать. Мой голос доносится будто издалека, он не раздражает и не мешает отдыху. Полное спокойствие, полное расслабление мышц, полное душевное успокоение. Спать, крепче спать, но все время слышать мой голос, не терять его. Дыши ровно, без напряжения. Ни о чем не думай. Ты чувствуешь себя примерно так, как чувствуешь себя перед наступлением обычного сна. Ничто не беспокоит, ничто не тревожит, ничто не мешает спать. Спать. Крепче спать. Полностью расслабиться. Ты все больше и больше погружаешься в состояние лечебного сна.

А сейчас, когда я сосчитаю до 5, ты погрузишься в более глубокий сон, хотя по-прежнему будешь слышать мой голос, все же остальные звуки полностью исчезнут. Раз... Спать. Еще глубже спать. Веки тяжелые, мышцы расслаблены, во всем теле тепло, покой, тяжесть, спокойствие. Два... Спать, спать. Тело и душа отдыхают. Сердце бьется ритмично, спокойно. Дыхание ровное, плотное. Три... Мой голос звучит все тише (с этого момента психотерапевт должен говорить еще тише), тебя ничто не раздражает, ты спишь и одновременно слышишь мой голос. Четыре... Еще глубже засыпаешь хорошим лечебным сном, в котором найдешь отдых, спокойствие, отсутствие переживаний. Твои руки стали тяжелыми, они будто плети, безо всякого напряжения. Их трудно поднимать и еще труднее держать на весу. Ты засыпаешь все более глубоким сном. Пять... Ты спишь...

Затем психотерапевт переходит ко второму этапу — внушению в гипнотическом состоянии.

Как бы хорошо ты ни чувствовал себя, как бы тебя ни раздражал мой голос, как бы тебе ни хотелось спать, ты знаешь, что скоро почувствуешь позыв на моче- и каловыделение. Вначале этот позыв будет незначительным, легким, потом он станет все более повелительным и сильным. Ты будешь сдерживать его и тем самым укрепишь мочевой пузырь и мышцы заднего прохода. Вот ты уже почувствовал первые признаки этого позыва. Потребность опорожнить мочевой пузырь и кишечник становится все сильнее и неудержимее. Еще! Еще! Ты уже не можешь спать, ты сам по себе просыпаешься. Ты хочешь открыть глаза, но не делаешь это, так как ждешь моей команды. Теперь ты на своем опыте убедился, что как бы крепко ты ни спал, как только у тебя появилась потребность опорожнить мочевой пузырь и кишечник, ты просыпаешься. Так будет и ночью, когда рядом с тобой

не будет психотерапевта. Что бы с тобой ни случилось, как бы крепко или поверхностно, со сновидениями ты ни спал, стоит лишь появиться первым признакам позыва на кало- или мочевыделение, ты сразу же проснешься, встанешь, пойдешь в туалет, опорожнишь мочевой пузырь и кишечник, вернешься в постель и заснешь до следующего позыва.

А сейчас я сосчитаю до 3, ты откроешь глаза, встанешь и пойдешь в туалет. Один... Чувствуешь себя спокойно, уверенно. Ты отдохнул, набрался сил, бодрости. Два... На душе легко... Три... Иди в туалет...

Включение в комплекс лечения недержания мочи и кала указанного вида внушения полезно всем больным. Подобное внушение проводят 1—2 раза в неделю в течение 3—5 нед, желательно во второй половине дня (1 раз в день).

Суггестивная психотерапия не исчерпывается гетеросуггестией — она обязательно включает и самовнушение. Больной с любой формой недержания мочи и кала должен перед сном 7—10 раз медленно и убедительно сказать себе (мысленно!): «Как только я почувствую, что хочу опорожнить мочевой пузырь или кишечник, я сразу же проснусь, встану, пойду в туалет, сделаю свои дела, вернусь, лягу в постель и засну. И так буду делать всякий раз, когда почувствую позыв на моче- или каловыделение».

Из приемов тренировочной психотерапии [Лебединский М. С., 1971; Буянов М. И., 1976] наиболее популярна аутогенная тренировка. Существуют лишь единичные казуистические описания лечения энуреза с помощью аутогенной тренировки [Binder H., 1961; Diesing U., 1964]. Наш опыт показывает, что аутогенная тренировка может быть полезна при лечении недержания мочи и кала: 1) у больных старше 12—15 лет, ибо до этого возраста это не аутогенная тренировка в понимании I. Schultz[1], а неч-

[1] Популярность Iohannes Heinrich Schultz (1884—1970) связывается прежде всего с учением об аутогенной тренировке, хотя, помимо этого, I. Schultz занимался очень многими областями медицины. В частности, в работах 1926—1932 гг. он предложил делить все неврозы и психопатии на ядерные и краевые. Эта точка зрения не встретила поддержки современников и, казалось, была бы прочно забыта, если бы благодаря публикациям О. В. Кербикова и его сотрудников не нашла свою вторую родину в Советском Союзе. О. В. Кербиков и сотрудники творчески развили взгляды I. Schultz, конкретизировали их и, отталкиваясь от них, создали стройную концепцию, мало похожую на ту, что была лишь в общих чертах высказана I. Schultz.

С тех пор как в 1920 г. вышла первая монография I. Schultz, он опубликовал еще 19 книг (не считая огромного количества переизданий и в первую очередь книги «Аутогенная тренировка»). Среди ра-

то приближающееся к обычной гетеросуггестии; 2) в основном при неврозоподобном недержании мочи и кала или недержании, обусловленном детренированностью после ликвидации анатомического дефекта; 3) у лиц с выраженными инфантильными чертами характера (занятия аутогенной тренировкой делают этих больных самостоятельнее, учат их лучше контролировать себя). Таким образом, аутогенная тренировка играет не только сугубо медицинскую, но и воспитательную роль.

Мы применяли аутогенную тренировку следующим образом. Освоив первые 5 формул первой степени, больной 2—3 раза в день внушал себе, что у него возник позыв на мочеиспускание и каловыделение. Сеанс длился 7—10 мин, затем больной шел в туалет и опорожнял мочевой пузырь и кишечник. Занятия аутогенной тренировкой не следует прекращать на протяжении еще 2—3 мес после наступления практического выздоровления во избежание рецидивов. В общей сложности на лечение уходило 1—2 мес и на закрепление результатов — еще 2—3 мес. Занятия проводились 2 раза в день ежедневно, а в последние 2—3 мес — 1—2 раза в неделю. Первые 1—2 мес занятия проходили под руководством врача, в последующее время — без врача. Аутогенной тренировкой можно заниматься как амбулаторно, так и в стационаре, индивидуально и групповым способом.

Другие приемы психотерапии практически не используются при лечении недержания мочи и кала, кроме наркопсихотерапии и стрессопсихотерапии (для ликвидации невротического недержания мочи и кала), а также рациональной, коллективной и частично игровой психотерапии (для коррекции личностных нарушений, усугубившихся или вызванных длительным недержанием мочи и кала, либо сопутствующих ему).

Как бы ни была эффективна психотерапия, никогда нельзя забывать о медикаментозном и физиотерапевтическом лечении лиц с недержанием мочи и кала. Это признают даже ортодоксальные сторонники психоанализа. Вот, например, исследование, опубликованное в 1965 г. детским психиатром из США M. Sperling. Автор лечила более

бот I. Schultz — «Жизнеописание одного невропатолога» (1964). В этой автобиографической книге он высказывает прогрессивные, гуманистические взгляды.

I. Schultz — автор свыше 400 статей, многие из которых посвящены различным проблемам недержания мочи и кала, особенно их лечению.

100 больных с энурезом. Как и S. Freud, она считает, что причина недержания мочи в 90% случаев психогенная. Это те самые конфликты матери и ребенка, о которых еще в 1905 г. писал S. Freud. M. Sperling убеждена, что эффективным может быть только комплексное лечение, включающее диету, внушение, медикаменты, хлорэтиловые замораживания (предложены S. Freud в 1926 г.) и т. д. Естественно, что положительные результаты комплексной терапии несравненно выше, чем результаты применения лишь какого-то одного метода.

Таким образом, все приемы психотерапии следует использовать в комплексе друг с другом, а также с фармакотерапией, физиотерапией и другими методами лечения.

Где следует лечить детей и подростков с недержанием мочи и кала? На этот вопрос у нас лишь один ответ: больные с недержанием мочи и кала (не считая тех, кому требуется хирургическое лечение, или психически больных) должны лечиться только амбулаторно. Создавать какие-либо специализированные учреждения (отделения в санаториях, больницах, пионерских лагерях, детских садах и т. д.) для больных с недержанием мочи и кала неэкономично, клинически не обосновано и, как показывает опыт работы подобных учреждений, в конечном итоге бесполезно. Госпитализируют таких больных не из-за недержания мочи и кала, а из-за комплекса нарушений, в составе которого имеет место недержание мочи и кала.

Без тесного союза с родителями помочь таким больным очень трудно, ибо вся ответственность за выполнение лечебных рекомендаций (обычно многолетних) ложится на родителей. Лишь в двух случаях следует изъять ребенка из семьи и провести ему лечение в стационаре: 1) если родители не могут обеспечить выполнение врачебных советов; 2) если у подростка имеется патологическое формирование личности вследствие комплекса ситуационно-психологических причин, связанных с недержанием мочи и кала.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОПОДОБНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ, ВЫЗВАННОГО ПРОФУНДОСОМНИЕЙ

Поскольку неврозоподобное недержание мочи встречается несравненно чаще всех остальных видов непроизвольного мочеиспускания, вместе взятых, начнем изложение вопросов комплексной терапии недержания мочи с тера-

ии неврозоподобного энуреза — именно того его вариан-
а, который характеризуется чрезмерной глубиной сна.
Внимательно выслушав больного, подробно расспросив
го и обнаружив, что непроизвольное мочеиспускание выз-
ано профундосомнией, врач назначает лечение, направ-
енное на то, чтобы сделать сон более поверхностным. С
ой целью необходимо, чтобы ребенок хотя бы полчаса
ал в середине дня (чтобы к вечеру не быть чересчур
тавшим), не уставал перед сном и научился спать на бо-
или на животе. Если это не помогает, следует перейти
приему препаратов, которые делают сон более поверх-
остным. Вначале рассмотрим их с точки зрения фармако-
гического действия. Большинство из них объединяются
рмином «антидепрессанты». Их можно разделить (вся-
е деление условно, как и здесь) на три группы. Одни
епараты улучшают настроение, делают человека актив-
е и энергичнее, как бы вливают в него новые силы за
ет того, что успокаивают его. К этой группе относятся
нитриптилин (триптизол, элавил), фторацизин, пирази-
л, азафен (последние три препарата синтезированы в
ССР). Вторая группа включает имизин (имипрамин, ме-
прамин, тофранил), оказывающий выраженное стиму-
рующее действие, и ингибиторы моноаминоксидазы
МАО): ниаламид (ниамид, нуредал), трансамин (пар-
т), советский препарат индопан. Мелипрамин относится
трициклическим соединениям, которые несовместимы с
гибиторами МАО: вместе использовать препараты этих
упп нельзя. Третья группа состоит из собственно психо-
имуляторов. К ним относятся прежде всего фенамин,
нтедрин, а также советские препараты сиднокарб, сид-
фен, ацефен.
В 60—70-х годах появилась новая группа препаратов
таболического действия, не имеющих отношения к анти-
прессантам, но оказывающих стимулирующее действие:
миналон (гаммалон), пантогам, пирацетам (ноотропил),
вивитон, пиридитол (энцефабол), а также глютадуз,
еригил, выпускаемые за рубежом, и др.
Все перечисленные лекарства в той или иной степени
лжны использоваться для уменьшения глубины сна. До-
и следует подбирать индивидуально. Показателем того,
о дозировка достаточна, является возобновлениеснови-
ний и пробуждение, когда больной непроизвольно выпус-
ил мочу. Дают эти лекарства только на ночь. Продолжи-
льность лечения примерно 4—5 нед. Из лекарств, спо-
обствующих более медленному и плавному засыпанию,

высокоэффективны аминалон, кофеин, азафен, а также сиднокарб в дозе 5—15 мг непосредственно перед отходом ко сну. Если больной непроизвольно мочится через 3—4 ч и позже после засыпания, то более адекватны антидепрессанты пролонгированного действия — в первую очередь амитриптилин в дозе 12,5—25—37,5 мг перед отходом ко сну. Еще более сильным препаратом является мелипрамин (25—37,5—50 мг перед отходом ко сну).

Оптимальную дозу всех лекарств подбирают сами родители. Например, ребенок после обеда спит и в данный конкретный день не устал, не перевозбудился. Значит, по всей видимости, он не должен крепко спать именно в эту ночь. Поэтому можно дать ему меньшую, чем обычно, дозу или вообще не давать. В лечении подобных больных шаблонов быть не может, дозы лекарств должны меняться в зависимости от множества факторов. Важную роль играет «плацебо-эффект»: как больному охарактеризовали препарат, так он и будет действовать, по меньшей мере в первое время.

Например, оротовая кислота — легкий биостимулятор, показанный при многих заболеваниях. Если назначать калия оротат на ночь, то засыпание не будет чересчур быстрым и глубоким (особенно при соответствующей психотерапевтической оранжировке). Принимать лекарство нужно за час до отхода ко сну. После этого желательно смочить горло, чтобы калия оротат не оставался на поверхности слизистых оболочек. Препарат безвреден; лишь в редких случаях у больных с выраженным диатезом, нейродермитом, сильной аллергией возможны быстропреходящие аллергические дерматозы. Калия оротат дают по 0,5 мг перед сном в течение 2—3 нед. В случаях слишком быстрого засыпания калия оротат помогает мало. Поэтому при его неэффективности следует переходить к более сильным препаратам, помня, что значение калия оротата не исчерпывается непосредственным влиянием на наступление сна. Это лекарство показано при различных астенических состояниях: укрепляя человеческий организм, препарат нормализует и все другие нарушенные функции, в том числе и недержание мочи и кала.

При лечении детей и подростков с ночным недержанием мочи, обусловленным слишком быстрым засыпанием, высокоэффективны аминалон (гамма-аминомасляная кислота) и пирацетам, особенно если речь идет о больных со снижением психической активности и адинамией. Аминалон — активное биогенное вещество, один из передатчи-

ков нервного возбуждения; выпускается в таблетках по 0,25 г. В случае слишком быстрого засыпания, сопровождающегося непроизвольным мочеиспусканием, на ночь принимают 1—2 таблетки. То же касается и пирацетама (ноотропила) и кавинтона. Это безвредные препараты. Они сочетаются с любыми лекарствами — в первую очередь с амитриптилином, нуредалом, фенамином, эфедрином, кофеином. Однако лечение всегда следует начинать с самых легких препаратов, а потом по мере неэффективности следует переходить к амитриптилину или сиднокарбу, азафену и только после этого подключают более сильный препарат — мелипрамин, который обычно дают на ночь в количестве 1—2 таблетки (в одной таблетке 25 мг) в течение 25—30 дней.

Некоторые исследователи считают, что мелипрамин повышает также и активность детрузора. Исходя из этого, они рекомендуют использовать мелипрамин для лечения недержания мочи, не только обусловленного профундосомнией, но и возникшего вследствие дистонии уретрального сфинктера и стенки мочевого пузыря.

Наш опыт не подтверждает специфического действия мелипрамина непосредственно на мышцы мочевой системы. Препарат стимулирует все системы (в том числе и уретральные сфинктеры и детрузор). В связи с этим его можно включать в комплекс лечения разных форм недержания мочи. Мы назначаем этот препарат следующим образом: детям в возрасте 7—8 лет в первые 7—10 дней по одной таблетке днем и на ночь при дистонии уретрального сфинктера или только на ночь при профундосомнии, в течение последующих 7—10 дней — утром, днем и на ночь при дистонии уретрального сфинктера или только на ночь при чрезмерно глубоком сне; следующие 7—10 дней — лишь на ночь обеим группам больных.

Наш опыт убеждает, что применять мелипрамин следует лишь в комплексе с другими методами лечения, показанными при том или ином патогенетическом варианте недержания мочи (главным образом во время сна). Мелипрамин назначают при всех видах психотической депрессии, тем более что при реактивной депрессии, в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза и при депрессивно-параноидном синдроме в рамках шизофрении нередко встречается недержание мочи (и кала).

Впервые этот препарат был использован при лечении недержания мочи американскими педиатрами в начале 60-х годов нашего столетия. По прошествии двух десятиле-

тий можно сделать некоторые выводы из опыта лечения мелипрамином: 1) препарат эффективен главным образом при непроизвольном мочеиспускании, обусловленном профундосомнией; при иных вариантах недержания мочи он, как правило, неэффективен, а при невротическом недержании мочи противопоказан; 2) к мелипрамину следует прибегать в случаях безрезультатного использования более легких стимуляторов и антидепрессантов; 3) педиатры и детские невропатологи (особенно за рубежом) используют мелипрамин шире и в больших дозах, нежели детские психиатры; 4) чем лучше врач ориентируется в психофармакологии энуреза, вызванного профундосомнией, тем реже и лишь в крайних случаях он применяет мелипрамин; 5) это лекарство имеет много побочных действий: в частности, могут быть сухость во рту, обильное потоотделение, пароксизмальная тахикардия, запоры, изменение формулы крови и т. д.

Мелипрамин нельзя применять при наличии судорожных припадков, склонности к обморокам и другим вегетативным и диэнцефальным нарушениям, при заболеваниях крови, печени и почек.

Высокий положительный результат лечения мелипрамином достигается за счет того, что больной, получая этот препарат, ночью практически не спит или спит очень поверхностно, днем же его неудержимо клонит ко сну. Поэтому при использовании мелипрамина нужно знать меру: не следует применять его в больших дозах и в тех случаях, когда без него можно обойтись.

Иногда стимуляторы оказывают парадоксальное действие: сон углубляется, позыв на мочеиспускание не реализуется, больной мочится в постель. В таких случаях прекращают прием этого стимулятора и переходят к другому либо добавляют к нему небольшую дозу другого стимулятора. Например, вместе с мелипрамином или амитриптилином принимают четверть или половину таблетки сиднокарба; это поможет полностью ликвидировать парадоксальное действие стимуляторов и антидепрессантов.

Как и при лечении всех видов недержания мочи и кала, при лечении недержания мочи, вызванного профундосомнией, следует широко использовать психотерапию. В частности, всем больным с непроизвольным мочеиспусканием из-за большой глубины сна следует проводить внушение в предсонном состоянии. Поначалу его проводит медицинский работник, затем кто-то из родителей больного, а на третьем этапе сам больной (самовнушение).

Врач говорит больному:

— Прими удобную позу, закрой глаза, когда я сосчитаю до 10, ты заснешь и перестанешь слышать мой голос, а пока ты не заснул, ты слышишь мой голос, все же остальные звуки до тебя почти не доходят. Тебе легко, приятно, ты ни о чем не думаешь. Один... Сердце бьется ровно, спокойно, незаметно, дышится медленно и плавно, во всем теле приятное тепло. Хочется спать. Поэтому веки тяжелые, тело ленивое, ничего не хочется делать. Два... На душе спокойно и легко. Ты постепенно засыпаешь. Три... Спи, спи, спи... Мой голос звучит все тише, будто издалека. Ты засыпаешь... Ты не вдумываешься в смысл произносимых мною слов, ты полностью им подчиняешься. Сейчас твоя задача — заснуть под руководством моего голоса. Четыре... Спи. Пять... Ночью тебе приснится то, что ты сегодня видел, слышал, о чем думал, что узнал в школе или дома. Эти сновидения будут приятными, легкими, они не будут вызывать грусть. Шесть... Во время этих сновидений тебе захочется помочиться. Ты немедленно проснешься, встанешь, пойдешь в туалет, помочишься, вернешься в постель и заснешь, как ни в чем не бывало[1]. Семь... Твой мозг будет подсознательно постоянно думать об одном: когда захочется помочиться, я проснусь, пойду в туалет, помочусь, вернусь и вновь засну. Восемь... Ты засыпаешь, мой голос почти не слышен, ты уже спишь обычным сном, но в твоей голове постоянно звучит одна и та же мысль, одно и то же ощущение: как только я почувствую позыв на мочеиспускание, я немедленно проснусь, встану, пойду в туалет, помочусь, вернусь в постель и засну. Эта мысль полностью владеет тобою. Спать. Девять... Спать, спать, но помнить о том, что нужно вовремя проснуться, чтобы не обмочиться в постель. Спать. Десять... Ты спишь. Мой голос исчез...

Возникает вопрос: как часто проводить подобное внушение? Ответить на него конкретно невозможно: все зависит от состояния больного, от динамики его расстройств, выполнения им врачебных рекомендаций. Некоторые больные выздоравливали после 3—4 сеансов внушения (каждый сеанс проводили с интервалом 4—5 дней и на фоне приема соответствующих препаратов), другим требовалось 20—25 сеансов, но выздоравливали все без исключения.

Что касается физиотерапевтических мероприятий, то они не пригодны для лечения подобных нарушений: пока еще нет таких методов физиотерапии, которые делали бы сон менее глубоким.

Мы не встречали ни одного случая, чтобы при творческом и терпеливом применении указанный выше лечебный

---

[1] Эту фразу нужно повторять много раз, максимально убедительным тоном, повторять именно в такой последовательности, ибо если пропустить что-то, то больной может все выполнить неправильно, вернее, он все сделает так, как ему внушил врач. Мы были свидетелями случаев, когда начинающие психотерапевты забывали добавить «вернешься в постель и заснешь.», и больной оставался в туалете и засыпал. Иными словами, все, что больному внушили, то он и станет делать, поэтому необходимо внушать только реальные требования и четко объяснять пациенту последовательность их выполнения.

комплекс не помог. Однако из рассказов больных, которые прежде лечились различными иными методами, известно, что при несоблюдении режима, отсутствии комплексности лечения, шаблонном подходе к приему лекарств терапия может быть неэффективной. В таких случаях мы рекомендуем использовать аппарат, предложенный Б. И. Ласковым в 1952 г. Аппарат выпускается отечественной промышленностью под названием АЛ-2. Идея аппарата не нова. Еще в 1908—1919 гг. были сконструированы аппараты, основанные на замыкании электрической сети под действием капли непроизвольно выделившейся мочи: после замыкания раздавался сильный звук, от которого пациент просыпался.

АЛ-2 состоит из прибора и матерчатого пояса, на котором укреплены два электрода и датчик. В приборе имеется источник тока. Аппарат переносной, его обычно ставят возле постели больного. Перед сном больной надевает на себя пояс с электродами (во избежание ожогов нужно самому сделать карманчики для электродов и прикрепить к ним застежки, чтобы электроды из них не вываливались). Если он ночью обмочится, немедленно замкнется электрическая цепь и больной ощутит легкое жжение в области промежности, от которого он сразу же проснется. Обычно аппарат используют в течение 20—30 ночей, после чего ночное недержание мочи прекращается. Б. И. Ласков лечил этим аппаратом 206 больных с недержанием мочи и у 198 из них получил хороший результат.

В 1979—1980 гг. мы провели проверку эффективности этого аппарата, разослав в 10 детских психиатрических отделений разных административных территорий разработанную нами инструкцию по использованию АЛ-2. Через год поступили сведения: оказалось, что не было ни одного случая неэффективности или тем более опасности применения АЛ-2. Почему были получены такие хорошие результаты? АЛ-2 применяли врачи, четко уяснившие, что использовать аппарат можно лишь при лечении больных с неврозоподобным ночным недержанием мочи, обусловленным профундосомнией. Во всех остальных случаях от АЛ-2 не будет никакой пользы, а может быть лишь вред. Допустим, врач назначил подобное лечение больному с выраженным невротическим комплексом (в том числе и с невротическим недержанием мочи). Больного переполняет чувство тревоги, страх обмочиться, он с трудом засыпает, а тут еще ему надевают на ночь пояс и подсоединяют его к какой-то машине. От страха больной вообще не заснет.

Но предположим, что ему все-таки удалось заснуть. Внезапно по его телу пробегает электрический ток, больной в ужасе вскакивает: ему только удалось заснуть, и вдруг так грубо и резко его будят, хотя при неврозах никогда нельзя пробуждать человека. Нужно, наоборот, стремиться к тому, чтобы он подольше и поглубже спал. Поэтому неразумное использование АЛ-2 может принести вред. Однако причем здесь аппарат? Лечат не аппараты, а врачи. Если врач неверно назначил лечение, не надо обвинять бессловесную технику, которая себя сама не может защитить.

Назначить правильное лечение — это полдела. Вторая половина — добиться, чтобы лечение выполнялось и выполнялось не механически, а творчески. Те ожоги кожи, которые возникали у некоторых детей, лечившихся АЛ-2 [Valkova Z., 1971], вызваны не изначальными дефектами аппарата, а тем, что сами больные из баловства вытаскивали электроды из карманов, портили аппарат, или заводы-изготовители ради копеечной экономии не делали кармашки для электродов. Поэтому прежде чем назначить больному лечение с помощью АЛ-2, врач должен внимательно осмотреть аппарат и приспособить его к данному конкретному больному. Только тогда будет получен высокий эффект, наступающий обычно через 5—6 ночей.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОПОДОБНОГО НЕПРОИЗВОЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ДИСФУНКЦИЕЙ УРЕТРЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Лечение этих расстройств обычно длительное, продолжается порой годами и складывается из определенных физических упражнений, режима дня, диеты и приема препаратов. Из физических упражнений нужно непременно рекомендовать плавание, езду на велосипеде, прыжки, бег. По утрам больные должны делать зарядку, укрепляющую мышцы малого таза: подпрыгивать, скакать через веревку и т. д.

Необходимо ограничивать прием жидкости в вечернее время: приблизительно за 2—3 ч до отхода ко сну не употреблять жидкость. В утреннее время и в середине дня ограничивать прием жидкости не следует. Предложенная в 1935 г. Н. И. Красногорским диета (вечером съесть немного селедки или выпить на ночь полстакана сахарного сиропа), в настоящее время используется относительно редко, так как больной может без ущерба для себя лишь

не пить воды вечером. Этим больным, как и всем без исключения, страдающим любой формой недержания мочи, нужно перед сном 3—4 раза с интервалом 15—20 мин опорожнить мочевой пузырь. При позыве на мочеиспускание рекомендуется выпускать мочу дробно: выпустить часть мочи, прекратить выпускать, затем вновь выпустить и т. д. Это способствует укреплению сфинктеров. С этой же целью перед тем, как выпустить порцию мочи, необходимо немного потерпеть, не мочиться.

Иногда мы рекомендуем применять следующий вариант дробного выпускания мочи: ребенок дробно мочится в стакан, тем самым контролируя количество выпускаемой мочи; в первых порциях мочи должно быть меньше, чем в последующих. Дробное выпускание мочи не только тренирует уретральные сфинктеры и мочевой пузырь, но и фиксирует внимание ребенка на необходимости контролировать мочеиспускание. Все вместе взятое формирует сторожевой пункт в коре больших полушарий.

Специальных препаратов, воздействующих только на уретральные сфинктеры, не существует. Используемые в таких случаях лекарства, как правило, одновременно действуют и на сфинктеры и на мышцы мочевого пузыря, потому их лучше назначать при сочетании дистонии мочевого пузыря и сфинктеров. К таким лекарствам относятся стрихнина нитрат, настойка чилибухи (Tinctura Strychni), секуринина нитрат. Обычно их дают по 1—2 таблетки или по 2—3 капли (или более) натощак по утрам в течение 3—4 нед. С этой же целью можно назначать экстракт белладонны по 0,01 мг на ночь в течение 3—4 нед. Болгарские фармакологи предложили энурезо-пам — смесь лечебных трав, усиливающих тонус сфинктеров и одновременно расслабляющих тонус мочевого пузыря. Эта смесь оказывает успокаивающее действие, урежает мочеиспускание, несколько углубляет сон, поэтому энурезо-пам можно рекомендовать как при невротическом недержании мочи, так и при первичном неврозоподобном непроизвольном мочеиспускании во сне, при котором имеет место слабость сфинктеров, но не при первичном неврозоподобном энурезе со слишком глубоким сном. Энурезо-пам выпускается в фильтрующихся пакетах. Пять пакетов заваривают в 400 мл кипящей воды, три минуты кипятят, затем остужают в течение получаса. Детям в возрасте 3—8 лет дают этот чай по 30—80 мл 3 раза в день после еды, детям старше 9 лет — по 40—120 мл на один прием. Естественно, что при приеме энурезо-пама следует ограничить употребле-

ние жидкости в вечернее время. Чтобы сон не был слишком глубоким, можно на ночь принимать амитриптилин и другие стимуляторы или пожевать перед сном 5—6 зерен прожаренного кофе.

Для усиления тонуса сфинктеров уретры рекомендуется электростимуляция. Проводят 15—20 процедур (первые 4—5 ежедневно, затем через день). Два электрода помещают справа и слева над лоном, а третий — в области крестца. Длительность каждой процедуры 10—15 мин.

У больных первичным неврозоподобным недержанием мочи, обусловленным дистонией уретральных сфинктеров, особенно если она сочетается с дисфункцией мочевого пузыря, нередко недержание мочи учащается при перемене метеорологических условий (преимущественно весной и осенью). В таких случаях перед наступлением этого периода нужно проводить профилактическое лечение. Психотерапия больных первичным неврозоподобным энурезом, связанным с дисфункцией уретры, сводится к тому, чтобы в предсонном состоянии внушить больному мысль о крепости сфинктеров и одновременно способность вовремя просыпаться, чтобы успеть помочиться.

В помощь практическому врачу специально приводим формулы различных видов внушения, во многом похожие друг на друга; отталкиваясь от этих схем, врач быстрее сможет выработать сугубо индивидуализированные приемы.

— Прими удобную позу, закрой глаза. Когда я сосчитаю до 10, ты заснешь. Но пока ты еще не заснул, ты будешь находиться в состоянии особого лечебного сна, на протяжении которого ты будешь слышать мой голос и вызывать у себя те ощущения и представления, о которых я буду говорить. Твое сердце бьется ровно и незаметно, дыхание плавное, медленное. Один... Ты чувствуешь, как по всему телу разливается приятное тепло, как дрема охватывает тебя, хочется спать. Два... На душе спокойно, нет тревоги и беспокойства. Когда ты почувствуешь позыв на мочеиспускание, ты немедленно проснешься. Три... Твой мочевой пузырь стал сильным и выносливым, он выдержит большое количество мочи. Четыре... Внизу живота ты чувствуешь приятное тепло. Ты отдыхаешь и все больше и больше погружаешься в лечебный сон, при котором слышишь мой голос. Он звучит все тише и тише, тебе все больше и больше хочется спать. Пять... По всему телу разливается приятное тепло, особенно тепло внизу живота. Ты чувствуешь, будто твой мочевой пузырь стал сильным, крепким, он способен выдержать большое количество мочи. Шесть... Ноги и руки тяжелые, теплые, глаза слипаются, мой голос доносится издалека. Семь... Ты ни о чем не думаешь, тебе хочется спать, мой голос звучит все тише. На душе хорошо. Ты знаешь, что если тебе захочется помочиться, ты проснешься, встанешь, сходишь в туалет, там помочишься, потом вернешься в постель и заснешь. Восемь... Спи. Девять... Мой голос исчезает, ты спишь, твердо уверенный в том, что

при необходимости ты проснешься и что твой мочевой пузырь может выдержать любой напор мочи. Спи. Десять... Ты спишь...

Как и при проведении предыдущего внушения психотерапевт должен говорить тихим, спокойным, убаюкивающим тоном, по 3—4 раза в разных вариантах повторяя одну и ту же фразу. Это же внушение проводят при лечении больных с непроизвольным недержанием мочи, обусловленным дисфункцией мочевого пузыря. Поскольку у подавляющего числа детей представления о мочевыделительной системе обычно ограничиваются смутными сведениями о существовании мочевого пузыря, приходится прибегать к упоминанию только этого органа — даже когда речь идет о лечении дисфункции уретральных сфинктеров или о других нарушениях.

Адиурекрин (сухой питуитрин) — высушенная и обработанная особым способом ткань задней доли гипофиза рогатого скота и свиней. Адиурекрин действует непосредственно на почечную ткань, в результате чего в течение 6—8 ч моча не образуется, т. е. на самом деле больной не выздоравливает от недержания мочи: он не мочится только потому, что ему нечем мочиться. Действие адиурекрина наступает спустя 10—15 мин после введения его интраназально. Препарат выпускается в виде мази и порошка. Адиурекриновая мазь хранится в тубах по 10 г. В порошке детям 3—6 лет адиурекрин дают в дозе 0,01—0,02 г, в возрасте 7—12 лет — по 0,02—0,03 г, больным от 13 лет и старше — по 0,03—0,04 г. Детям до 3 лет препарат не назначают.

При лечении недержания мочи адиурекрин вводят только перед сном в течение 10—12 вечеров. При лечении же несахарного диабета и других эндокринных заболеваний адиурекрин дают годами, иногда всю жизнь.

Насколько показан адиурекрин при лечении недержания мочи? Ведь этот препарат сам по себе никого еще не вылечил от недержания мочи. Еще 15—20 лет назад адиурекринотерапия недержания мочи, предложенная в 1942 г. известными педиатрами А. А. Колтыпиным и П. А. Пономаревой, имела больше сторонников, чем противников. В настоящее время она используется очень редко, и большинство специалистов требуют безусловного запрещения этого метода из-за его нежелательных последствий (в первую очередь в эндокринной сфере пациента). Что касается наших наблюдений, то мы ни разу не сталкивались с побочными действиями адиурекринотерапии и знаем о них

лишь со слов педиатров. Однако и мы считаем, что применять адиурекрин, как и всякий гормональный препарат, нужно чрезвычайно осторожно (а лучше вообще не применять) и только в психотерапевтических или экспертных целях.

Больной многократно длительно и тщательно лечился по поводу любого варианта непроизвольного упускания мочи, однако стабильная автоматизация мочевыделения еще не наступила (из-за детренированности и других причин). Больной в отчаянии. Он сомневается в правильности действий врача. В этом случае, если врач убежден, что все делается правильно и вот-вот недержание мочи прекратится, можно назначить адиурекрин. За 10—12 «сухих ночей» акт мочевыделения может наладиться. Поэтому прием адиурекрина можно рекомендовать только в конце лечения и только в тех — единичных! — случаях, когда нужно подбодрить пациента, дать ему «передохнуть» от недержания мочи. Ни в каких других случаях адиурекринотерапия не нужна, и, по-видимому, правы ее противники, требующие запретить использование адиурекрина для систематического лечения недержания мочи.

Адиурекрин является незаменимым препаратом для экспертных целей. Как известно, провести экспертизу больному с недержанием мочи чрезвычайно трудно. Нет фактически ни одного способа, который бы безошибочно разграничивал больных с недержанием мочи и симулянтов. Поэтому к симуляции недержания мочи прибегают очень многие (видимо, этим во многом и следует объяснять, отчего среди призывников так часто встречаются жалобы на недержание мочи). Экспертиза недержания мочи — одна из самых актуальных в военной медицине всех стран и эпох.

В 1966 г. С. И. Тукачинская предложила применять адиурекрин с целью экспертизы. Методика основана на том, что, приняв адиурекрин, пациент не будет мочиться, так как у него не образуется моча. Подэкспертного госпитализируют, 2—3 дня вводят интраназально перед сном адиурекрин и одновременно с этим проводят рентгенологическое и другие обследования. Затем ему на ночь вводят вместо адиурекрина плацебо. Если это симулянт, то он не будет мочиться, приняв плацебо. Этот метод экспертизы не всегда безошибочен, но из всех существующих методов он имеет минимальные недостатки.

Таким образом, адиурекрин имеет различные точки приложения, и сдавать его в архив пока еще рано.

С конца 1960-х годов широко употребляется энурезол— смесь ингредиентов общеукрепляющего и тонизирующего действия. В состав энурезола входят секуринин, экстракт белладонны, эфедрин, витамин B_1, глюконат кальция, т. е.

лекарства самого разнообразного действия. По замыслу создателей энурезола этот препарат должен помогать при всех видах непроизвольного недержания мочи, однако на поверку его эффективность оказалась мала, хотя в руках энтузиастов он действовал безукоризненно (по данным Э. А. Эдельштейн, более 70% лиц с недержанием мочи, лечившихся энурезолом, выздоровели). Возможно, в будущем удастся создать комбинированный препарат, одинаково успешно действующий на разные формы недержания мочи. Создание энурезола, как и энурезо-пама и т. д.— первые попытки в этом направлении.

Энурезол можно рекомендовать при лечении некоторых комбинированных форм недержания мочи, когда имеются симптомы дисфункции мочевого пузыря и уретральных сфинктеров, чересчур глубокий сон и т. д. Препарат назначают 2—3 раза в день по одному порошку (последний раз — непосредственно перед сном) обычно в течение 3—4 нед, сочетая прием препарата с другими видами воздействия на подобных больных. Эффект обычно наступает через 2—3 нед. Но трудно сказать, в чем причина успеха — в самом энурезоле или в комплексном воздействии, включающем энурезол.

Главным в терапии недержания мочи, вызванного преимущественно нарушением тонуса мочевого пузыря, являются физиотерапия и близкие к ней методы лечения. Основное показание к ним, конечно,— не вообще недержание мочи, а именно дисфункция мочевого пузыря.

Одним из самых распространенных физиотерапевтических приемов лечения этого вида недержания мочи является гальванизация области мочевого пузыря по Щербаку. Процедура продолжается 10—12 мин, на курс 10—12 процедур через день. Один электрод находится в области лобка, второй — в области пояснично-крестцового сочленения. Совершенно безвредно.

И. Р. Соколинским (1967) опубликована методика лечения недержания мочи с помощью введения кислорода в прямую кишку. Ежедневно один раз в день в течение 10 дней через газоотводную трубку кислород нагнетают в прямую кишку примерно по 100 мл на один год жизни ребенка, т. е. 4-летнему ребенку 400 мл, 7-летнему — 700 мл и т. д. Затем дозы несколько уменьшают: в 11 лет — примерно 850 мл, в 15 лет — около 1000 мл. Максимальная доза 1000—1250 мл. Курс оксигенотерапии проводят 2—3 раза в год. Этот метод хорошо помогает при дисфункции сфинктеров уретры мочевого пузыря. При других видах

непроизвольного мочеиспускания он, не принося вреда, помогает редко и по-видимому, только за счет психотерапевтического компонента.

Диатермия области мочевого пузыря является наиболее частым методом физиотерапевтического лечения недержания мочи, обусловленного дистонией мочевого пузыря или сочетанием этого расстройства с дисфункцией уретральных сфинктеров. Длительность одной процедуры 10—15 мин, число процедур на курс 10—15, процедуры проводят ежедневно или через день.

Весьма полезной бывает и дарсонвализация области промежности и пояснично-крестцовой области. Детям проводят 10—15 процедур. Некоторые исследователи рекомендуют облучение поясничной зоны солнечными лучами — 15—20 облучений на курс. Эритемные дозы ультрафиолетового облучения (3—4 облучения на курс, курсы проводят 2—3 раза в год) хорошо помогают при дисфункциях мочевого пузыря.

Эффективным способом избавления от дисфункции мочевого пузыря и связанного с нею недержания мочи является иглорефлексотерапия — комплекс практических навыков, который в последнее десятилетие интенсивно развивается в нашей стране. Иглорефлексотерапия помогает и при неврозоподобном недержании кала, вызванном дисфункцией анальных сфинктеров и нарушением тонуса мышц прямой кишки.

А. М. Мухтаров с соавт. (1981) лечил 130 детей в возрасте от 5 до 16 лет, страдавших энурезом. Иглоукалывание проводили в утренние часы в горизонтальном положении в традиционные точки, расположенные в области пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга. Проводили 1—3 курса лечения (на курс 10 процедур). Иглы оставляли вначале на 2—5 мин, затем до получаса. Излечение наступило у 102 больных и у 20 детей отмечено улучшение. Катамнестические данные авторы не приводят. И. И. Скориков и В. Е. Голубенко (1981) таким же образом лечили 29 детей (12 больных одновременно лечились и аппаратом Ласкова). Лечение длилось в среднем 16 дней. Все выздоровели. Спустя год недержание мочи отмечалось лишь у одного больного.

При анализе литературы по иглорефлексотерапии энуреза невольно обращает на себя внимание следующее:

1) авторы не разграничивали формы недержания мочи и назначали иглорефлексотерапию всем больным без исключения;

2) иглорефлексотерапия чаще всего применялась не в комплексе с другими методами, а изолированно от них;

3) результаты иглорефлексотерапии были, как правило, высокими, однако отсутствие катамнестического наблюдения не позволяет судить об истинной ценности метода.

Излишне говорить, что иглорефлексотерапия должна включаться в комплекс лечения недержания мочи, она должна быть проникнута психотерапевтическим духом — тогда ее эффективность резко возрастет. Необходимо приветствовать любой безвредный лечебный прием, который хотя бы на непродолжительное время уменьшил бы страдания больного. Особенно это относится к такому апробированному веками, но, к сожалению, пока еще не изученному методу, как иглорефлексотерапия.

Одним из способов «терапии раздражением» являются уже упоминавшиеся хлорэтиловые замораживания. Одни специалисты замораживали верхний квадрант одной из ягодиц, другие — какой-либо участок кожи на пояснице, третьи — участок промежности. Число процедур 10—12. Результаты противоречивые. Это и понятно: разные больные по-разному реагируют на метод, применяемый недифференцированно.

Мы располагаем опытом подобного лечения 30 больных с дисфункцией мочевого пузыря. Всем им проводилась комплексная терапия, через 3—4 нед у них прекратилось недержание мочи. Многолетний катамнез показал, что все они выздоровели. Но от чего? Только ли от хлорэтиловых замораживаний? Очень сомнительно. Механизм действия этого метода лечения примерно такой же, как при битье голых пяток бамбуковыми палками, применявшемся в древнем Китае при лечении крупозного воспаления легких. Нам приходилось сталкиваться с тем, что после хлорэтиловых замораживаний некоторые больные еще долгое время лечились от радикулита, вызванного неумелым манипулированием с ампулами хлорэтила.

Из краткого списка литературы, который дается в конце книги, видно, что в лечении недержания мочи и кала широко используются различные варианты электростимуляции мышц области малого таза. Эффективность электростимуляции может быть высокой лишь при лечении неврозоподобного недержания мочи, обусловленного дисфункцией сфинктеров и мочевого пузыря, во всех остальных случаях польза от нее будет в основном за счет психотерапевтического компонента. Методы электрости-

муляции, по-видимому, являются перспективными: с нарастанием технической оснащенности медицинских учреждений электростимуляция, вероятно, станет еще более утонченной, изощренной и тем самым более полезной. Пока же она применяется весьма редко.

Итак, мы схематически изложили терапию различных форм первичного неврозоподобного недержания мочи. При вторичном неврозоподобном недержании мочи выделяются те же самые патогенетические варианты с той лишь разницей, что возникают они после трехлетнего возраста и вызываются главным образом травматическими и инфекционными факторами. Лечатся они точно так же, как и все варианты первичного неврозоподобного недержания мочи. Уместно еще раз напомнить, что лечится не один симптом, даже очень важный и более других приводящий к психологической дестабилизации и социальной дезадаптации, а весь клинический комплекс.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА У ДЕТЕЙ

Проктологи подразделяют недержание кала на три степени: I) недержание газа; II) недержание жидкого кала; III) недержание плотных каловых масс. Однако у детей младшего возраста эта классификация мало приемлема, поскольку дети не могут в должной мере контролировать удержание газа. В связи с этим мы, также подразделяя органические формы недержания кала на три степени, даем несколько отличные характеристики: I) эпизодическое недержание жидкого кала; II) постоянное недержание жидкого кала и периодическое недержание плотного кала; III) постоянное недержание жидкого и плотного кала. Современные методы обследования детей с недостаточностью анального жома и объективная оценка характера поражения дают возможность решить вопрос о степени недержания и нарушении функции отдельных структур сфинктерного аппарата. Дети, страдающие I—II степенью недостаточности, первоначально обычно нуждаются в проведении комплекса консервативных мероприятий, а больные недостаточностью III степени подлежат оперативному лечению.

Предложены многочисленные пластические операции при органической недостаточности сфинктерного аппарата прямой кишки. Наиболее простые из них выполняются при травматических линейных повреждениях анального

жома, когда показана операция прямого сшивания концов сфинктера в остром периоде. В случаях несостоятельности первичных швов, развития гнойных осложнений вторичную пластику выполняют через 2—3 мес после стихания воспалительного процесса. Большие сроки после повреждения приводят к сокращению волокон сфинктера, увеличению дефекта сфинктерного кольца, нарастанию степени функциональных нарушений, а следовательно, и к увеличению объема оперативного вмешательства.

В качестве пластического материала при значительных повреждениях сфинктера наиболее широко используют лоскуты больших ягодичных мышц. Так, при повреждении половины сфинктера по боковой полуокружности дефект ликвидируют путем перемещения короткого лоскута большой ягодичной мышцы, выполняя сфинктероглютеопластику.

Отсутствие сфинктерного аппарата служит показанием к созданию искусственного сфинктерного аппарата путем проведения сложных пластических операций. Широкое распространение среди них получила операция Вредена [Вреден Р. Р., 1928] в различных модификациях, которая состоит в проведении вокруг заднего прохода под кожей двух встречных фасциальных полос, концы которых фиксируют к внутренним краям больших ягодичных мышц. А. М. Аминев (1973), обладающий наибольшим опытом выполнения этой операции, считает, что у детей до 7—8 лет операцию Вредена применять не следует, поскольку больных невозможно обучить владению вновь созданным запирательным аппаратом. Сообщение об успешном создании искусственного сфинктера приведено в работах Н. И. Махова (1952, 1976): были использованы большие ягодичные мышцы или их нижние половины с обеих сторон, которые перекрещивались перед прямой кишкой и подшивались к надкостнице седалищных бугров. В последние годы при невозможности использования для пластики больших ягодичных мышц предложен метод формирования запирательного аппарата прямой кишки из фасциально-мышечного лоскута большой приводящей мышцы бедра [Дульцев Ю. В., 1981; Рыков В. И., 1982]. Многие хирурги для создания искусственного сфинктера использовали нежную мышцу бедра по методике, разработанной И. Л. Фаерманом (1926). Однако наблюдение за больными в отдаленные сроки показало постепенное снижение функциональной активности перемещенной мышцы и заметное ухудшение функции держания.

Большинство детских хирургов для восстановления запирательного аппарата прямой кишки предпочитают использовать местные ткани, считая, что создание искусственного сфинктера малоперспективно [Ленюшкин А. И., 1976; Баиров Г. А., 1982]. При обширных разрушениях наружного жома, когда восстановить целостность его не представляется возможным, Н. Б. Ситковский (1982) предлагает при реконструктивной проктопластике и анопластике применять следующую методику создания нового запирательного жома. После мобилизации прямой кишки четырьмя-шестью кетгутовыми швами собирают мышечную стенку в поперечном направлении наподобие шторы, создавая таким образом мышечный вал. Кроме того, внутренние порции мышц, поднимающих задний проход, сшивают вплотную к прямой кишке впереди и позади нее с захватом в швы мышечного слоя кишки. Остатки наружного жома по возможности сшивают, подкрепляя их медиальными волокнами глютеальных мышц.

Определенный интерес представляет новый метод лечения недостаточности анального жома, заключающийся в свободной аутотрансплантации мышечной ткани [Hakelius L., 1978]. Целью операции является имитация нормального расположения и функции лобково-прямокишечной мышечной петли путем пересадки длинных ладонных мышц или портняжной мышцы в виде V-образного тяжа, окружающего прямую кишку сзади. Концы трансплантата фиксируют к лонным костям. Расположение мышц в тесном контакте с леваторами обеспечивает их реиннервацию. Предварительная (за 2 нед до трансплантации) двигательная денервация трансплантата, по мнению автора, ведет к переходу всех метаболических процессов на более экономичный уровень и помогает мышечным волокнам выжить в течение бессосудистого периода после пересадки до восстановления эффективного местного кровоснабжения. Операция выполнена у 5 детей в возрасте 10—15 лет. При обследовании больных через 17—27 мес после операции у всех отмечены положительные результаты. Активность трансплантированного тяжа определялась пальпаторно. При сравнении данных кимографии до и после операции у всех больных было установлено сужение анального канала и улучшение способности удерживать контрастное вещество.

В клинике детской хирургии ЦОЛИУВ за 5 лет (1976—1981) оперировано 17 детей в возрасте от 6 до 13 лет с недостаточностью анального жома III степени. Клиниче-

7—2795

ски у всех больных отсутствовал полноценный произвольный акт дефекации, отмечалось постоянное каломазание, поступление кала малыми порциями ввиду невозможности его накопления в дистальных отделах толстой кишки, отмечались зияние и деформация анального отверстия и его смещение. Наличие рубцового стеноза при этом вело к постоянному каломазанию на фоне хронического запора с образованием каловых камней и вторичному расширению прямой кишки. Несмотря на сходную клиническую картину, структурные нарушения у каждого больного имели свои особенности, и только выполнение специальных методов исследования позволяло с уверенностью судить о характере поражения.

Специальные методы исследования включают суммарную и сегментарную сфинктерометрию, электромиографию и манометрию. Сократительную способность мышц анального жома определяют на сегментарном сфинктерометре тензометрического типа с двухлепестковым датчиком, позволяющим дифференцированно по сегментам регистрировать показатели в покое и при волевых усилиях. Оценивают следующие параметры: тонус, максимальное напряжение, величину и длительность волевых усилий. С помощью электромиографии изучают электрическую активность наружного сфинктера в покое, при рефлекторных пробах и произвольном сокращении. Величина электрической активности отражает состояние мышечных структур и нервнорефлекторных связей. Этот метод позволяет определить локализацию и степень недоразвития эктопированного сфинктера, выявить протяженность мышечного дефекта. Отведение мышечных потенциалов осуществляют с помощью игольчатых или поверхностных электродов, регистрирующих активность отдельных мышечных волокон или суммарно общий потенциал. Для определения нервнорефлекторной деятельности запирательного аппарата прямой кишки используют манометрический способ оценки изменения давления в проекции наружного и внутреннего сфинктеров анального жома в момент моделирования ректоанального рефлекса путем раздражения прямой кишки раздувающимся баллоном, имитирующим фекальный болюс. Регистрируют давление с помощью баллонографического метода с применением зонда с тремя баллонами, размещенными в ампуле прямой кишки, в проекции наружного и внутреннего сфинктеров. Анализируют следующие параметры манометрической оценки: показатели давления в проекции наружного и внутреннего сфинктера в

покое и при произвольном напряжении, рефлекторные пробы, порог ректальной чувствительности, ректоанальный рефлекс обоих сфинктеров, порог ректоанального рефлекса.

На основании клинико-лабораторных данных больные с недостаточностью анального жома III степени в зависимости от наличия сохранных элементов сфинктерного аппарата прямой кишки подразделены на две группы. У 9 детей первой группы отсутствовали или были резко снижены тонус и показатели волевых усилий, амплитуда биопотенциалов. Отсутствовали рефлекторные пробы и ректоанальный рефлекс в проекции наружного и внутреннего сфинктеров, что свидетельствовало о полном отсутствии сфинктерного аппарата прямой кишки либо о сохранности элементов наружного жома менее чем на $1/3$ его протяженности по окружности. У 8 детей второй группы отмечалось значительное снижение тонуса и волевых усилий анального жома чаще в области переднего сегмента, уменьшение амплитуды биоэлектрической активности, снижение рефлекторных проб и ректоанального рефлекса со стороны внутреннего сфинктера. Сохранность мышц наружного сфинктера составила от $1/2$ до $1/3$ протяженности по его окружности.

Клиническая картина и результаты объективных исследований у детей первой группы свидетельствовали о грубом повреждении или отсутствии сфинктерного анального кольца и невозможности рассчитывать на его восстановление без корригирующей пластической операции. Единственная надежда была на создание нового искусственного сфинктерного аппарата. Наличие сохранных элементов сфинктерного аппарата у детей с клинической картиной недостаточности анального жома III степени позволяло надеяться на возможность создания сфинктерного механизма путем использования для пластики местных тканей.

В период предоперационной подготовки больным проводили курс консервативной терапии, аналогичный применяемому у детей с I—II степенью недостаточности анального жома и направленный на улучшение как нервнорефлекторной деятельности, так и сократительной способности запирательного аппарата прямой кишки. Основное значение имели электростимуляция ягодичных мышц и мышц промежности, занятия специальным комплексом лечебной физкультуры и медикаментозная терапия, направленные на выработку у больного навыка пользоваться и ощущать

мышцу, избранную для пластической операции. Проводили лечение дисбактериоза кишечной микрофлоры, колита, проктосигмоидита. Важным элементом предоперационной подготовки являлась санация дистального отдела толстой кишки и кожи промежности для предупреждения воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. С этой целью всем больным выполняли превентивную колостомию. Мы отдаем предпочтение терминальной колостоме, позволяющей полностью исключить поступление кишечного содержимого на промежность и тем уменьшить опасность инфицирования раны. Основную пластическую операцию выполняли через 2—4 нед с учетом местных изменений. Однако у детей со стенозом или грубой рубцовой деформацией анального отверстия приходилось вторым этапом выполнять местные кожнопластические операции.

Детям первой группы, учитывая характер поражения сфинктерного аппарата, была произведена операция создания произвольного сфинктера из ягодичной мышцы типа Erkes. Для пластики использовали лоскут из нижней трети ягодичной мышцы на сосудистой ножке [Легошин А. П., 1961]. Выделенную мышцу обводили вокруг дистального отдела прямой кишки в созданном канале и конец лоскута сшивали с основанием одноименной ягодичной мышцы.

Детям второй группы при наличии остатков наружного жома выполняли сфинктеролеваторопластику местными тканями, дополняя ее продольным сборизанием дистального отдела с помощью гофрирующих швов для создания анального канала. У большинства детей ввиду значительных разрушений кишки и наличия клоаки первоначально приходилось мобилизовывать боковые края кишки и сохранившийся участок передней стенки. Затем сшивали в один — два ряда леваторы прямой кишки и волокна наружного жома даже при минимальной его сохранности. Умышленно сужали при этом анальный канал, рассчитывая на бужирование в ближайшем послеоперационном периоде. В обеих группах раны дренировали трубками для постоянной активной аспирации раневого содержимого в течение 2—5 дней после операции.

Нагноение раны в послеоперационном периоде имело место у 2 детей, несмотря на проводимую антибактериальную терапию. Однако своевременное выявление осложнения и постоянное промывание ран растворами антисептиков с активной аспирацией позволили быстро купировать

воспалительный процесс и сохранить созданные мышечные конструкции. Через 2 нед после операции проводили повторные курсы электростимуляции мышечного лоскута, начинали активные занятия лечебной физкультурой, направленной на овладение ребенком созданного сфинктера, умение им пользоваться. Эти занятия продолжали в течение 3—6 мес. Особенно эффективными были тренировочные клизмы на удержание с постепенным увеличением их объема, сеансы гипнотерапии. При этом сроки удержания постепенно увеличивались от нескольких минут до нескольких часов, появлялось чувство наполнения прямой кишки, повышался контроль за объемом вводимой жидкости в прямую кишку. Это служило показанием к закрытию колостомы, что осуществляли обычно к концу первого месяца после операции.

Результаты хирургического лечения больных с недостаточностью анального жома III степени оценивали через 6—12 мес после операции. Отмечалось постепенное улучшение клинических результатов и данных объективных показателей. Так, в первой группе больных после глютеопластики появлялась надежная функция удержания. Волевое усилие возрастало в десятки раз. Ректоанальный рефлекс в области проекции искусственного сфинктера после операции появился у 7 детей. Соответствующий уход, предусматривающий обязательное опорожнение кишечника утром и перед сном, и постоянные занятия направленной лечебной физкультурой позволили ребенку посещать школу и даже заниматься спортом. Таким образом, результаты лечения в этой группе больных можно признать удовлетворительными; при этом отмечен отчетливый переход III степени недостаточности анального жома в своеобразную I—II степень.

После операции сфинктеролеваторопластики во второй группе больных к концу года завершался процесс адаптации, вырабатывалась нервнорефлекторная связь между резервуаром прямой кишки и сфинктерным аппаратом. Клинически это выражалось в улучшении функции держания и надежном удержании. Отмечалось резкое повышение волевой активности, появление ректоанального рефлекса в проекции наружного и внутреннего жома. Перевести III степень недостаточности сфинктера прямой кишки в I степень удалось у 5 больных; в 2 наблюдениях отмечено полное восстановление функции анального жома.

Наглядным примером изложенной тактики и оперативного лечения может служить следующее наблюдение.

Сросшиеся близнецы-сакропаги в период новорожденности были оперированы С. Я. Долецким и В. В. Гаврюшовым. Во время операции было обнаружено костно-хрящевое сращение в области крестца, сообщение дистального отдела спинномозгового канала, интимное сращение двух половых членов, имелась одна общая прямая кишка. Произведено разделение сращений и формирование дистального отдела толстой кишки у каждого из близнецов. Спустя 6 лет дети повторно поступили в клинику по поводу недостаточности анального жома III степени. При осмотре обнаружены зияние анальных отверстий и рубцовые деформации промежности и области крестца у обоих детей. Однако при объективном обследовании выявлен различный характер поражения и степень сохранности элементов сфинктерного аппарата, что и определило разный характер оперативного вмешательства.

У одного близнеца отмечено резкое снижение тонуса и показателей волевых усилий (при сфинктерометрии тонус 100 г, максимальное усилие составило 85 г), уменьшение амплитуды биопотенциалов. Ректоанальный рефлекс отсутствовал в проекции наружного сфинктера и был ослаблен — в проекции внутреннего. Эти данные свидетельствовали о практически полном отсутствии элементов сфинктерного аппарата. Ребенку был создан искусственный сфинктер из лоскута большой ягодичной мышцы. При обследовании больного через год после операции клинически обнаружена надежная функция удержания, появление функции держания. При объективных исследованиях отмечено увеличение тонуса сфинктера до 400 г и волевого усилия до 600 г.

У второго близнеца при поступлении выявлено снижение тонуса до 150 г, максимального усилия до 110 г, снижение биоэлектрической активности и отсутствие мышц наружного жома по передней полуокружности, снижение рефлекторных проб и ректоанального рефлекса. Через год после операции продольного сборивания передней стенки прямой кишки и сфинктеролеваторопластики отмечено улучшение функции держания, увеличение вдвое силы тонуса сфинктера и волевого усилия.

Таким образом, пластические операции у детей с органическими формами недостаточности анального жома целесообразно выполнять в возрасте 6—7 лет. Эти сроки обусловлены тем, что до этого возраста ребенка сложно обучить пользоваться вновь созданным или искусственным сфинктерным аппаратом. До 6 лет ребенок в меньшей мере осознает свой дефект, и внимательные родители, хотя и с определенными трудностями, но могут обеспечить нормальное развитие ребенка. В возрасте 7—8 лет возникает необходимость посещения школы, что сопровождается тяжелой психической травмой, осознанием своей неполноценности, появлением в характере черт замкнутости, агрессивности. Детей часто отдают в специнтернаты, которые в подобных ситуациях оказывают малую помощь. В итоге к 15—17 годам, когда многие проктологи рекомендуют выполнение корригирующих операций на сфинктерном аппарате прямой кишки, большинство больных значительно отстают в гармоничном развитии, и у

них имеются закрепившиеся патологические черты характера. Метод оперативного лечения целесообразно выбирать не только на основании клинических данных, но и на результатах объективной оценки состояния отдельных элементов сфинктерного аппарата прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОГЕННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

При коррекции невротических нарушений на первый план выходят психотерапевтические и социально-педагогические меры, а затем уже фармакотерапия. Чаще всего психотерапию проводят на фоне медикаментозного лечения: одно усиливает другое. Как уже отмечалось, психотерапия применяется в основном в виде внушения в состоянии сомноленции и в предсонном состоянии.

В состоянии сомноленции (т. е. в первой стадии гипнотического состояния) проводят внушение для достижения увства внутренней стабильности, спокойствия, равнодушия к перенесенной психической травме. В предсонном остоянии последовательно внушают: 1) состояние сомноленции; 2) ликвидацию определенных симптомов с упором а невротическое недержание мочи; 3) переход гипнотического состояния в физиологический сон.

Мальчик 6 лет был свидетелем драки между родителями. После раки мать и отца арестовали. Ребенок остался один с бабушкой. В ервую же ночь после психического потрясения мальчик громко плал во сне, вздрагивал, вскрикивал, в середине ночи обмочился, проснулся, потом с очень большим трудом заснул. На следующий день у его было плаксивое настроение, плохо ел, много раз спрашивая бабушку, что теперь станет с его родителями, когда их освободят из ключения и т. д. На следующую ночь все повторилось. Так продолжалось 6 дней. На 7-й день бабушка привела внука к детскому сихотерапевту. У мальчика была диагностирована острая невротическая реакция с диссомнией и невротическим недержанием мочи. Был азначен седуксен (реланиум) по 2,5 мг перед дневным и ночным ном. Больной запивал лекарства четвертью стакана теплого молока с айной ложкой меда (как известно, теплое молоко и мед в небольих дозах оказывают снотворное и успокаивающее действие). Бабуше было рекомендовано на время переселиться, если это возможно, к ому-нибудь из родственников (разумеется, вместе с внуком), чтобы что не напоминало ребенку о случившемся конфликте. На магнитофонную ленту было записано врачебное внушение, и бабушка обязалась включать магнитофон перед дневным и ночным сном внука. омимо этого, было записано внушение в состоянии сомноленции, которое бабушка должна была давать прослушивать внуку после завтака и после полдника. Все рекомендации бабушка исполнила. Через дней невротические симптомы исчезли.

Как выглядело внушение в состоянии сомноленции?

— Прими удобную позу, закрой глаза. Когда я сосчитаю до 5, ы погрузишься в особый лечебный сон, на протяжении которого ты

будешь слышать мой голос и будешь строго выполнять все мои требования. Сейчас ты ни о чем не думаешь, отдыхаешь, сердце бьется ровно и легко. Один... На душе легко, хорошо, дышится плавно, медленно, ровно, во всем теле приятное тепло. Веки слипаются, челюсть чуть-чуть отвисает, хочется спать, наступает дремотное состояние — такое, которое бывает при засыпании. Два... Мой голос слышится будто издалека, голова словно в тумане, хочется спать. Три... Спи, но старайся слышать мой голос. Четыре... Спи. Веки тяжелые, все мышцы расслаблены, ни о чем не думаешь. Пять... Спи.

Ты ни о чем не думаешь, на душе нет тревоги, беспокойства, напряжения, все тело отдыхает. Чувство спокойствия, безразличия ко всяким неприятным воспоминаниям и переживаниям овладевает тобой. Настроение ровное, безмятежное, на душе хорошо. Ничто не напоминает о твоих переживаниях. Ты отдыхаешь. Когда закончится сеанс лечебного внушения, ты будешь чувствовать себя спокойно, не будет волнений, ты будешь весел, радостен, будешь чаще улыбаться, будешь беззаботно смотреть в будущее. Тебя ничто не станет расстраивать. Тебе будет хорошо. Ты будешь хорошо есть, спать, будешь играть с детьми. Бабушка все время будет с тобой, она тебя никогда не покинет. Мама и папа скоро вернутся, все будет хорошо.

Когда я сосчитаю до 3, сеанс лечебного внушения закончится. Ты откроешь глаза, крепко зажмуришься, вытянешь руки, крепко сожмешь и разожмешь пальцы рук и ног, будешь чувствовать себя бодрым и уверенным, спокойным. Будет хорошее настроение, хорошее самочувствие. Ночью будешь спать крепко и хорошо. Один... Мой голос звучит все громче, тебе хочется двигаться, хочется открыть глаза, но ты этого не делаешь, ожидая, когда я сосчитаю до 3. Два... Настроение становится все более хорошим, хочется что-то делать, двигаться, говорить. Три... Открыл глаза, вытянул руки, сжал, разжал пальцы. Вставай...

На этапе введения в состояние сомноленции голос психотерапевта должен быть несколько убаюкивающим, на втором этапе убедительным и решительным, третий же этап проводится в императивной манере.

Как уже говорилось, перед дневным и ночным сном больному проводилось внушение в предсонном состоянии.

— Прими удобную позу, закрой глаза, представь, будто ты постепенно начинаешь засыпать. Когда я сосчитаю до 5, ты заснешь. Вначале ты будешь слышать мой голос, потом мой голос будет звучать все тише и тише, затем совсем пропадет. Один... Сердце бьется ровно, спокойно, незаметно, дышится медленно и плавно, во всем теле приятное тепло. Два... Хочется спать, поэтому веки тяжелые, тело ленивое, ничего не хочется делать, на душе спокойно и легко. Три... Ты постепенно засыпаешь. Спи. Ты будешь спать крепко, хорошо, тебя ничто не будет беспокоить, ночью тебе не будут сниться сновидения. Четыре... Спи. Ты не вдумываешься в смысл произносимых мною слов, ты подчиняешься им, вызывая у себя те ощущения, о которых я тебе говорю. Пять... Ночью ты будешь спать хорошо, ты будешь отдыхать. Если тебе и будут сниться сны, то это будут обычные сны, которые ты всегда видел. Каких-либо тяжелых сновидений, неприятных, раздражающих не будет. Шесть... Если ты захочешь помочиться, ты проснешься, встанешь, пойдешь в туалет, помочишься, вернешься в постель и заснешь. Семь... Мой голос слышится все тише и тише, временами он почти не слышен, в голове постоянно звучит одна и та же

мысль: я буду спать глубоко, крепко; мне ничего не будет сниться, если мне захочется помочиться, я встану, пойду в туалет, помочусь, вернусь в постель и буду продолжать спать как ни в чем не бывало. Восемь... На душе спокойно, легко, нет никаких тревог, нет никакого напряжения, хочу спать и засыпаю. Девять... Спи. Спи. Спи. Десять. Мой голос исчезает, но еще какое-то время ты его будешь слышать. Ты будешь спать крепко и хорошо, тебя ничто не будет раздражать, тревожить, не будет никаких волнений и переживаний. Если тебе захочется помочиться, ты встанешь, пойдешь в туалет, помочишься, вернешься в постель и будешь по-прежнему хорошо спать. Мой голос исчез, ты спишь нормальным, обычным, хорошим сном...

Лучше всего обучить психотерапевтическим видам лечения родных и близких больного, чтобы они сами проводили ему подобное внушение. В эпоху развития самой разнообразной техники следует шире использовать магнитофонные записи тех или иных видов внушения. Нет сомнений, что в магазинах будут продавать кассеты не только с записью песен, опер и т. д., но и с записью текстов различных видов лечебного внушения: кроме пользы, это ничего не принесет, ведь единственный «вред» от психотерапии заключается в том, что она может оказаться бесполезной либо вызвать иронию или сарказм у пациента.

Обычно всякое лечение неврозов сводится к двум этапам: на первом — необходимо максимально успокоить больного, дать ему выспаться и отдохнуть, а потом провести ему стимулирующее лечение, направленное на то, чтобы усилить его энергию и уверенность в себе. Поэтому после седативного этапа следует проводить психотерапию в основном психотонизирующего характера в бодрствующем состоянии, стараясь активизировать стремление больного самостоятельно справиться со своими заболеваниями. Иными словами, чем больше времени прошло после начала лечения, тем больше больной должен проводить самовнушение и повышать свой жизненный тонус, расставаясь с закрепившимся неправильным условным рефлексом.

При лечении лиц с неврозоподобным недержанием мочи следует обращать их внимание на необходимость активного избавления от энуреза, на которое большинство таких больных не обращают особого внимания. При лечении же лиц с невротическим недержанием мочи следует уменьшать масштабы болезненных переживаний, не фиксировать внимание больного на его расстройстве, избавлять его от чувства собственной неполноценности, ущербности, пониженной самооценки, гипотимии. Поэтому необходимо исключить конфликты в семье и школе, не переутомлять ребенка и т. д. Родители, которые избивают или

ругают подобного больного за недержание мочи, могут превратить его в тяжелого инвалида или вызвать у него суицидальные намерения.

В тех случаях, когда психотерапия оказалась безрезультатной, следует дополнить ее психофармакологическими препаратами. В первую очередь речь идет о транквилизаторах (рудотель, терален, триоксазин, элениум, тазепам и др. в дозах, соответствующих возрасту и состоянию). Если ночной сон очень сильно нарушен, следует добавить седуксен или эуноктин (радедорм) перед сном. Относительно слабые транквилизаторы назначают в связи с тем, что мощное седативное действие оказывает и суггестивная психотерапия, с которой всегда сочетается прием этих препаратов. Все это приводит к безусловному успеху.

Девочка 14 лет, очень впечатлительная и ранимая, за неделю до ответственных экзаменов, возвращаясь вечером от подруги, была настигнута в темном подъезде каким-то человеком (как потом выяснилось, психически больным с сексуальными нарушениями), который, угрожая, пытался изнасиловать ее. Ее крики услышали соседи, выбежали в подъезд, преступник был арестован, а потерпевшая отведена домой. Там с ней случилась истерическая реакция: она не могла вымолвить ни слова, стояла как вкопанная, затем принялась громко плакать и каждые 20—30 мин ходить в туалет — у нее наступила истерическая полиурия. Ночью больная не могла заснуть, а когда заснула — обмочилась. Немедленно проснувшись, она еще больше стала переживать. «Теперь я неизлечимо больна, я никому не нужна, я тяжелый инвалид...». Недержание мочи было еженочно в течение 6—7 сут. После этого больная была консультирована психотерапевтом, который провел ей сеанс мгновенной императивной суггестии в состоянии сомнамбулизма:

— Прими удобную позу, закрой глаза. Спи. Когда я говорю «спи», это не значит, что ты будешь спать обычным физиологическим сном. Нет, ты будешь находиться в особом состоянии, условно называемом сном. В состоянии этого лечебного сна ты отчетливо слышишь мой голос и полностью подчиняешься мне. Спать. Руки тяжелые, голову клонит вниз, веки трудно поднять. Спать[1]. Ты ничего не боишься, ты чувствуешь себя хорошо.

Что было, то прошло. Ты веселая, жизнерадостная, бодрая. Ты смело входишь в подъезды и в прочие темные помещения. Ты не боишься проходящих мужчин. Вокруг тебя друзья, все хотят тебе добра. Ночью ты спишь спокойно, а когда захочется помочиться — ты просыпаешься, идешь в туалет, помочишься и вернешься в постель. Ты здорова. Ты улыбаешься. Ты довольна жизнью. Сейчас ты откроешь глаза и будешь чувствовать себя великолепно. Открой глаза!...

[1] Чтобы убедиться в том, что больная погружается вначале в состояние гипотаксии, а потом в состояние сомнамбулизма, психотерапевт внушал ей, что она не может разжать пальцы, что она «видит» в кабинете врача морские волны и плывущий по ним корабль и т. д. Пациентка испытывала все, что внушалось.

После этой однократной суггестии больной был назначен грандаксин по 25 мг 3 раза в сутки в течение 4 дней. Пациентке было объяснено, что этот замечательный транквилизатор, не обладающий в отличие от седуксена снотворным действием, рассчитан на работающих людей, водителей автотранспорта и т. д., он успокаивает человека, делает его, если так можно выразиться, более «толстокожим», равнодушным, но с ясным умом и хорошей работоспособностью. Больная принимала грандаксин, пока не сдала ближайший экзамен, затем она два вечера подряд принимала по 5 мг эуноктина, а потом перешла на прием успокаивающего чая (смешивали по 1 чайной ложке корня валерианы, шалфея, зверобоя и пустырника; смесь заливали 0,5 л кипятка и кипятили 10—15 мин на медленном огне, затем остужали и процеживали. Один стакан отвара больная выпивала в течение дня; этот отвар готовили ежедневно). Через 10 дней она была совершенно здоровой.

В разделе о лечении недержания кала мы коснемся иных методов, которые используются и при лечении недержания мочи. Здесь же мы только подчеркнем, что дозы препаратов всегда должны быть индивидуальны и зависеть от возраста пациента, его состояния, этапа динамики невроза и т. д. Поэтому всякие шаблоны и готовые рецепты невозможны. Способность подбирать оптимальные дозы наиболее адекватных препаратов — искусство, которому врач учится на протяжении всей своей жизни.

Что касается физиотерапевтического лечения, то при невротическом недержании мочи оно применяется преимущественно в виде электросна. В 1949 г. Н. М. Ливенцевым, В. А. Гиляровским, Ю. Е. Сегаль и З. А. Кирилловой был создан аппарат для электросна. В 1955 г. Л. Я. Рабичев одним из первых в СССР использовал его для лечения больных с недержанием мочи; поскольку автор не дифференцировал клинические формы непроизвольного мочеиспускания, то полученные им результаты были противоречивы. Понятно, что поспать лишний час никому не вредно. Исходя из этого, больным с любыми формами недержания мочи электросон не может принести каких-либо неблагоприятных последствий, однако лишь больным с невротическим недержанием мочи показан электросон, лишь у них он будет эффективен. Задача в таком случае заключается в том, чтобы усыпить больного, вызвать у него состояние умиротворенности и душевного комфорта. Больным с невротическим энурезом (дело, разумеется, не в недержании мочи, а в неврозе) сеанс электросна проводят ежедневно: обычно назначают 10—15 процедур продолжительностью по $^1/_2$—$1^1/_2$ ч.

При невротическом недержании мочи, когда имеется раздражительная слабость центральной нервной системы,

некоторые врачи инактивируют вазотригеминальную рефлекторную дугу с помощью диадинамических токов. Е. С. Вельховер (1966) рекомендует вызывать подобную анестезию наложением электродов на проекцию интраорбитальных ветвей тройничного нерва. Процедура продолжается примерно 5—6 мин; на курс 5—6 процедур (первые 3—4 процедуры проводят ежедневно, остальные — через день). Недержание мочи прекратилось примерно у 60% больных. Поскольку автор не разграничивал формы непроизвольного мочеиспускания, можно предположить, что эти 60% относились преимущественно к пациентам с невротическим недержанием мочи.

Поскольку у лиц с разными формами недержания мочи и кала часто встречаются вегетодиэнцефальные расстройства, целесообразно использовать вегетотропные препараты, в частности препараты красавки (экстракт белладонны, беллаcпон и др.), а также триоксазин (300—900 мг в сутки) и транквилизаторы группы бензодиазепина (элениум, реланиум, седуксен и пр.), которые способствуют нормализации диэнцефальных функций. С этой же целью В. А. Смирнов (1957) советует использовать электрофорез атропина. С этой целью проводят 10—12 процедур, длительность каждой около 15—20 мин. Один электрод с прокладкой, смоченной 0,1% раствором сульфата атропина, накладывают над лобком, второй — на пояснично-крестцовую область. Если у больного возникает заметная сухость кожи и слизистых оболочек, нужно уменьшить продолжительность одной процедуры, а если и это не снимает неприятное действие атропина, следует отказаться от использования этого метода.

ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОИЗВОЛЬНОГО КАЛОВЫДЕЛЕНИЯ

Недержание кала — симптом заметный, грубый, на него нельзя не обратить внимания, его нельзя игнорировать, поэтому практически все такие больные в отличие от больных с недержанием мочи обращаются к специалистам. Происходит естественное распределение больных по врачам разного профиля: пациенты с психогенным недержанием кала оказываются в поле зрения психиатра и невропатолога, больных же неврозоподобным энкопрезом (кроме, может быть, недержания кала, вызванного профундосомнией) лечат хирурги и проктологи. Представитель каждой профессии по-своему обследует лиц с недержанием кала. Для психиатра и психотерапевта самое глав-

ное — как можно глубже почувствовать больного, вникнуть в его переживания, представить себя на его месте; лишь после этого можно приступать к лечению.

В лечении лиц с недержанием кала много общего с лечением лиц с недержанием мочи. Данные параклинических обследований, их трактовка, показания к назначению тех или иных методов лечения (особенно физиотерапии) и т. д. аналогичны тем, которые уже излагались в предыдущих разделах.

«Терапия энкопреза не трудна», — начинает А. Я. Духанов (1950) главу о лечении недержания кала. Правильнее же сказать иначе: «Терапия недержания кала очень трудна, но прогноз этого расстройства благоприятный, ибо после 16—18-летнего возраста недержание кала встречается очень редко, т. е. излечивается». Хороший прогноз связан не только с тем, что все такие больные так или иначе лечатся, но и с нарастающими компенсаторными возможностями растущего организма. «Время лечит, возраст лечит», — этот фактор никогда нельзя сбрасывать со счетов.

А. Я. Духанов сводит всю терапию недержания кала к внушению. Не отрицая великой роли этого механизма, нужно все-таки отметить, что суггестией не исчерпывается арсенал лечебных приемов. Большое значение имеет и использование электростимуляции анального отверстия; к этому перспективному методу в последние годы привлечено внимание специалистов. Например, Э. И. Кубьяс и А. Н. Левин (1980) использовали экспотенциальные импульсы длительностью 50 мс, частоту тока 15 Гц при частоте модуляций 7—10 в 1 мин. Таким образом они лечили 28 детей (20 мальчиков и 8 девочек в возрасте от 3 до 12 лет) и при сочетании электростимуляции ануса с психотерапией достигали хороших результатов.

Однако главным методом лечения невротических и неврозоподобных видов недержания кала является внушение. Мы используем следующую методику. Ежедневно в течение 15—20 дней (курсы повторяют через 4—5 мес) утром больному вводят в задний проход дренажную трубку или кончик клизмы, больной должен с силой сжать ее анальным жомом и периодически разжимать. В это время ему проводят в бодрствующем состоянии или в состоянии сомноленции внушение, что он может удерживать трубку длительное время. Внушение длится в общей сложности 10—15 мин. Постепенно у больного вырабатывается способность длительное время удерживать дренажную трубку.

Вначале он делает это в положении лежа, через несколько дней — в положении стоя, а затем, успешно освоив выполнение этого приема, уже пытается передвигаться с дренажной трубкой. При этом мы не наблюдали ни одного случая неуспешного лечения, особенно если этот метод сочетался с другими способами лечения.

При неврозоподобных расстройствах каловыделения, когда имеется гипотония мышц толстого кишечника, ослабление позыва на дефекацию, снижение силы сфинктеров, необходимо сочетать диету, механические тренировки анального жома, физиотерапию, электростимуляцию, иглорефлексотерапию (аналогичные тому, что проводится при неврозоподобном энурезе) и внушение. Продолжительность лечения различна, редко она длится более полугода; в конечном итоге все больные выздоравливают. Больным с указанной патологией рекомендуются кефир, белый хлеб, творог, протертые супы, манные каши на молоке и другие продукты, не вызывающие сильного раздражения толстого кишечника. Используются те же упражнения, что и для укрепления тонуса сфинктеров и мочевого пузыря при неврозоподобном недержании мочи. С этой же целью в анальное отверстие вводят дренажную трубку или наконечник клизмы и больному внушается, что он может произвольно сжимать и разжимать анальное отверстие. Больного с любой формой недержания кала следует приучать к ежедневному стулу желательно в утренние часы; поэтому по утрам ему нужно делать очистительную клизму — это вырабатывает регулярный позыв на дефекацию. Иными словами, поскольку каловыделение — процесс рефлекторный, а при недержании кала (независимо от его клинического варианта) этот рефлекс нарушен, все лечебные мероприятия должны быть направлены на его восстановление или формирование.

.Что же касается невротического недержания кала, то здесь следует проводить массивное антиневротическое лечение (особенно если патология развилась на этапе невротического состояния). Обычно это сочетание транквилизаторов, физиотерапии и психотерапии. Последняя зависит от формы невроза. Если у больного обнаруживается истерический механизм, то наиболее адекватной является суггестивная психотерапия седативного содержания, завершающаяся императивным внушением. Суггестию можно проводить в любом гипнотическом состоянии, в просоночном или предсонном состоянии. Весьма эффективной является суггестия в бодрствующем состоянии. Если у

больного имеет место истерическая задержка стула, то в приводимые выше традиционные формулы вплетают императивные требования опорожнить кишечник. Завершается внушение следующим образом.

— Заканчивается сеанс лечебного внушения. Твой кишечник будет работать великолепно, ты не будешь о нем думать. Сейчас ты чувствуешь, что тебе хочется опорожнить его. Это ощущение постепенно овладевает тобою. Сейчас ты откроешь глаза и пойдешь в туалет — все будет хорошо... Открой глаза, встань и иди...

В некоторых случаях бывает не недержание кала, а страх, что кал может отойти самопроизвольно. Это не недержание кала, а страх недержания кала. Недержания кала никогда не бывает или оно встречается только поначалу — с этого и появился страх непроизвольного кало- или газовыделения. Это расстройство, похожее по механизмам на невроз ожидания, требует седативной психотерапии в состоянии сомноленции. После того как у больного возникло дремотное состояние, ему проводят следующее внушение.

— Ты спишь и слышишь мой голос. Ты ничего не боишься, ты не думаешь ни о чем неприятном, твои мысли ни в коем случае не заняты сомнениями и бесконечным переживанием страха, сможешь ли ты управлять своим кало- и газовыделением. У тебя все в порядке, ты спокоен, совершенно перестал думать о том, что тебя прежде волновало. Не думай сейчас — не будешь думать и потом. Этот сеанс лечебного внушения влил в тебя силы и бодрость, уверенность в том, что ты справишься со своими навязчивыми мыслями. После окончания сеанса лечебного внушения ты будешь бодр, спокоен, не будешь думать ни о чем неприятном. Что же касается твоих физиологических отправлений, то они нормальны и тебе хорошо это известно, несмотря на то что ты слишком много думаешь об этом и ищешь у себя всевозможные пороки. Ты здоров. Сейчас я сосчитаю до 3, и ты откроешь глаза, улыбнешься, сожмешь и разожмешь пальцы рук и будешь чувствовать себя отдохнувшим, набравшимся сил и спокойствия. Один... Ты здоров, твоя голова занята более важными и актуальными мыслями. Все неприятные переживания позади. Два... Ты здоров. Твоя голова занята делом, а не выдумыванием несуществующих болезней. Три... Открой глаза, ты здоров, вставай и приступай к своим повседневным делам...

Внушение подобным пациентам можно проводить и в бодрствующем состоянии. Вызвав состояние спокойствия (но без сна!), переходят к внушению по приведенной выше формуле. При лечении тех вариантов недержания мочи и кала, в патогенезе которых основную роль играют признаки дисфункции созревания, мы применяем новокаиновые блокады нижней части брюшной стенки по А. Ф. Исакину (1954). В обработанную спиртом или йодом кожу надлобковой области вводят 5—15 мл 0,25% раствора ново-

каина до образования «лимонной корочки». Иглу попеременно вводят в кожу параллельно линии, соединяющей лобковые кости, и по средней линии живота, чтобы получилась буква Т, обращенная перекладиной вниз. Обычно делают 1—5 блокад, после чего недержание мочи и кала прекращается. Интервалы между блокадами 5—7 дней. Блокады проводят как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Понятно, что новокаиновые блокады не могут быть изолированным и уж тем более единственным методом лечения: они должны входить в соответствующий лечебный комплекс. Этот метод абсолютно безвреден. Механизмы его лечебного действия неоднозначны. Помимо рефлекторного компонента, громадную роль играет и механизм косвенного внушения и стрессопсихотерапии. Последний особенно важен при лечении психогенного недержания кала.

В случаях недержания кала и мочи как формы пассивной реакции протеста необходимо проводить седативное внушение, направленное на формирование чувства внутренней стабильности и спокойствия, а затем внушать равнодушие к тем факторам, которые вызывали реакции протеста. Внушение следует сочетать с переубеждением больного, отвлечением его от неприятных переживаний и другими компонентами рациональной психотерапии. Нужно доказывать ему необходимость вести себя более мужественно, стоически, не теряться из-за неприятностей (аретопсихотерапия, по А. И. Яроцкому, 1912).

Следует обязательно изъять ребенка из психотравмирующей ситуации. Порой только этот шаг избавляет больного от недержания кала.

Различные формы недержания мочи и кала чрезвычайно редко выступают в совершенно изолированном виде. Чаще всего эти нарушения возникают на фоне признаков резидуально-органической патологии центральной нервной системы, самые частые из которых — это церебрастенический и гипердинамический синдромы. Оба расстройства нуждаются в длительном и серьезном лечении, в результате которого недержание мочи и кала, как уже упоминалось, может ликвидироваться без всякого воздействия, направленного конкретно на недержание мочи и кала. Поэтому необходимо хотя бы в общих чертах остановиться на формах и принципах лечения церебрастении и гипердинамии — того фона или того сопутствующего фактора, который почти всегда встречается у детей с недержанием мочи и кала.

Церебрастенический синдром указывает на чрезмерную невыносливость, истощаемость головного мозга. Для формирования церебрастении важны не любые поражения головного мозга, а именно те, которые возникают в период родов и после родов; патология периода беременности, как правило, не вызывает церебрастению.

Клиническая картина церебрастении обнаруживается обычно с 4—5 лет и старше. Она проявляется в таких жалобах, как повышенная утомляемость, необходимость частого чередования периодов отдыха и деятельности, плохая переносимость жары, духоты, езды в транспорте. У некоторых больных церебрастенией имеют место проявление гипертензионно-гидроцефального синдрома (рвота, головная боль, сильная тошнота, усиливающаяся вследствие переутомления, длительной езды в транспорте, пребывание в духоте, на жаре и т. д.).

При усилении церебрастении обычно нарушается и поведение больных: одни из них становятся слишком суетливыми, расторможенными, двигательно активными, непоседливыми, раздражительными, возбудимыми, даже агрессивными (астеногипердинамический вариант церебрастенического синдрома), другие вялыми, сонными, заторможенными, малоподвижными и бездеятельными (астеноадинамический вариант), у третьих — на первый план выходит крайняя апатия, лень и сонливость (астеноапатический вариант), у четвертых — плаксивость, раздражительность и т. д. (астенодистимический вариант).

Как лечить таких пациентов независимо от того, какой вид недержания мочи или кала возник на фоне церебрастении или гипердинамии? Всякое лечение начинается с назначения адекватной диеты и распорядка дня. Больные церебрастенией должны меньше употреблять жидкости (особенно перед сном), предпочитать молочные продукты, богатые кальцием, магнием и т. д. Они нуждаются в дополнительном количестве калия, которого много в сухофруктах (изюм, курага, чернослив и т. д.). Иногда калий можно добавлять в виде 1% йодида калия по одной ложке (в дошкольном возрасте — чайной, в школьном — десертной, в подростковом — столовой) один раз в день. Йодид калия лучше запивать молоком или разбавлять в молоке, а потом выпивать. Это лечение проводят курсами в течение 3—4 нед 2—3 раза в год. Если больной не любит молочные продукты, ему следует 2—3 раза в год проводить курс лечения глюконатом кальция по 0,25—0,5 г 2—3 раза ежедневно. Курс длится около 2 мес.

При остаточных явлениях раннего органического поражения центральной нервной системы целесообразно проводить профилактику нейроинфекций и черепно-мозговых травм. Таким больным категорически запрещают заниматься футболом, боксом, хоккеем и другими видами спорта, при которых неминуемы ушибы головы и сотрясения мозга. Такие дети должны избегать жары, духоты, длительной езды в транспорте. Они должны больше и чаще спать. Два раза в год они нуждаются в проведении дегидратации, направленной на уменьшение ликворной гипертензии.

Обычно в конце второй, а также в третьей и четвертой учебных четвертях школьникам с признаками повышения внутричерепного давления (если симптомов гипертензии нет, то незачем проводить дегидратацию) через день вводят внутримышечно 5—10 мл 25% раствора сульфата магния. Число инъекций колеблется от 10 до 15 на курс. Если это плохо помогает или по каким-то причинам препарат вводить трудно, следует перейти к дегидратации с помощью диакарба (фонурит, диамокс). Последнюю проводят следующим образом: 0,12—0,15 мг диакарба дают ежедневно в течение 3 дней (обычно один раз в день, чаще во время обеда), затем перерыв на 3—4 дня и после этого дают препарат еще 3 дня; весь курс длится неделю.

При гипертензионных головных болях помогают не только обычные анальгетики, но и некоторые препараты типа триампура (ГДР): по одной таблетке (25 мг) больной принимает в течение 1—2 дней. Дегидратирующее и одновременно успокаивающее действие оказывают лечебные микстуры, среди которых наиболее распространены микстура с корнем валерианы и микстура с цитралью. Используют и мочегонный чай: смешиваются листья толокнянки, корень солодки и цветы василька; одну столовую ложку этой смеси помещают в стакан, заливают кипятком, настаивают 1—2 ч, процеживают и принимают по одной ложке (чайной, десертной или столовой в зависимости от возраста) 2—3 раза в день, но последний прием должен быть не позже чем за 2—3 ч до отхода ко сну (у больных энурезом — за 3—4 ч).

Все пациенты с церебрастенией нуждаются в длительном приеме аскорбиновой кислоты и ее производных. Дважды в год им следует проводить внутривенные вливания 40% глюкозы с аскорбиновой кислотой. Обычно делают 10—15 инъекций через день; в шприц набирают 5—10 мл глюкозы и 1—2 мл аскорбиновой кислоты.

Всем больным с церебрастенией требуется дополнительное количество препаратов железа (таблетки Бло, железо-лактат, железо-глицерофосфат, феррогематоген). Эффективны у них вливания церебролизина (обычно 20—30 инъекций по 1 мл), а также прием фосфрена, липоцеребрина, пирацетама, кавинтона, энцефабола, ноотропила, стугерона, сухих дрожжей, поливитаминов.

В качестве примера рассасывающей терапии можно назвать инъекции алоэ (по 0,5—1 мл, на курс 10—15 инъекций через день), стекловидного тела, ФиБС и т. д. Всем больным необходимы водные процедуры: хвойные или углекислые ванны, плавание, лечебный душ и т. д.

Естественно, что послеобеденный сон, разумное чередование нагрузок и периодов отдыха, исключение ушибов головы, периодически проводимое общеукрепляющее, рассасывающее и дегидратационное лечение, диета и т. д. в сочетании с большими компенсаторными возможностями растущего детского организма приводят к тому, что признаки церебрастении постепенно редуцируются и тем самым уменьшаются проявления невротических и неврозоподобных нарушений, а также снижается риск появления у этих пациентов и других заболеваний. Ликвидация остаточных явлений раннего органического поражения центральной нервной системы и есть важнейшая сторона профилактики недержания мочи и кала.

Гипердинамию лечат тиоридазином (меллерил, сонапакс), назначая его по 10—15 мг на прием 2—3 раза в день, пока это расстройство не ликвидируется либо заметно не уменьшится. Если гипердинамия сочетается с эйфорией, дурашливостью, следует назначать аминазин по 25 мг несколько раз в день. В тех случаях, когда двигательная расторможенность носит хаотический характер и имеются нарушения влечений (бродяжничество, воровство, употребление наркотиков, сексуальные отклонения и пр.), т. е. речь идет о психопатоподобном синдроме, необходимо сочетать указанные препараты с неулептилом (по одной капсуле 2—3 раза в день или по 1 капле 2—3 раза в день). Однако и аминазин и неулептил вызывают побочные действия в виде паркинсоноподобного (нейролептического) синдрома, поэтому их необходимо назначать с корректорами (циклодол, ромпаркин, паркопан). Побочные явления легко возникают не только оттого, что эти препараты следует давать длительное время и в больших дозах, но в первую очередь потому, что эти пациенты страдают церебральной патологией (хотя и резидуаль-

ной). Обычно нейролептики принимают курсами: 1—2 мес приема препарата сменяются перерывами на 4—5 мес, потом лечение повторяют.

Если на первый план выходит не гипердинамия, а апатия, адинамия или дистимия, то таким пациентам наряду с общеукрепляющим, дегидратирующим и рассасывающим лечением необходимо принимать препараты тонизирующего действия: ноотропил, аминалон, витамины группы В и т. д.

Разумеется, при наличии эпилептиформного и других признаков раннего органического поражения центральной нервной системы необходимо также проводить соответствующее лечение.

Таким образом, терапия недержания мочи и кала направлена на ликвидацию не только недержания, но и тех сопутствующих расстройств и условий, без которых недержание мочи и кала, быть может, и не возникло бы.

При лечении патохарактерологических реакций с недержанием мочи и кала, а также патологических формирований личности решающая роль принадлежит психотерапии: в первую очередь используется рациональная и коллективная психотерапия, психотерапия среды, семейная психотерапия и т. д., направленная на изменение психологического климата в семье. Обычно это процесс длительный и не сразу приводящий к положительному результату.

У подростков с патологическим формированием личности проводят следующие виды психотерапии: семейную психотерапию, рациональную психотерапию, коллективную психотерапию (в том числе психодрама), психотерапию среды, психотерапию средой, другие виды психотерапии.

Подробное изложение всех приемов психотерапии и лечебной педагогики для коррекции личностных изменений у подобных больных далеко бы увело читателя от проблемы недержания мочи и кала. Поэтому мы ограничимся кратким перечислением подобных приемов на примере психогенного патологического формирования характера псевдошизоидного типа.

Оптимальным фактором воздействия на этих пациентов является семейная психотерапия [Захаров А. И., 1982], с помощью которой психотерапевт лечит всех членов семьи и особенно тех, кто пользуется у пациента наибольшим авторитетом. Семейная психотерапия складывается из 3 этапов. На первом — врач устанавливает контакт с каждым членом семьи, выясняя тем самым обстановку

в семье. Содержанием второго этапа является совместное обсуждение одновременно со всеми членами семьи атмосферы в семье и путей ее гармонизации. При этом имеет значение разъясняющая (рациональная) психотерапия, включающая прежде всего развенчание ценности псевдошизоидного поведения. Помимо этого, используется анонимное обсуждение своих переживаний и эффект психотерапевтического рикошета. Третий этап (самый ответственный и длительный) заключается в том, что под руководством психотерапевта к указанным прежде видам психотерапии подключается игровая психотерапия и психодрама. Содержание лечебных спектаклей развивает у его участников большую общительность и уменьшает отгороженность. Сцены, разыгрываемые участниками лечебного спектакля, должны носить бытовой характер и быть пронизаны оптимизмом. В методику лечебного спектакля следует включать элементы драматизации, а также использовать психодраму. В психодраме желательно участие семей 2—3 пациентов; она проводится по известной схеме J. Moreno, приспособленной к данному контингенту. Одному из пациентов или родителей пациентов поручается роль психотерапевта (протогонист по J. Moreno), который должен обратить внимание подростка на то, что псевдошизоидное поведение пагубно для него. Иногда роль психотерапевта можно поручить пациенту или родителю без псевдошизоидных черт (дублер, по J. Moreno). Остальные участники спектакля должны активно подсказывать протогонисту, что он должен говорить. Врач-психотерапевт в эмоционально-стрессовой форме периодически включается в спектакль, направляя его в нужное русло. Две-три психодраматические сцены с интервалом 1—2 мест обычно оказываются высокоэффективными.

Один из важных компонентов лечения характерологических нарушений у лиц с недержанием мочи и кала — психоортопедия (психагогика по M. Prins, 1898), т. е. система мероприятий, направленных на смягчение и преодоление чрезмерной ранимости, обидчивости, тревожности, неуверенности в себе, чувства неполноценности, склонности застревать на неприятных переживаниях и пр. Эти черты характера, с одной стороны, способствуют появлению психогенных нарушений, а с другой — сами являются результатом длительно текущего расстройства (в частности, с недержанием мочи и кала). Мероприятия психоортопедической психотерапии тесно переплетаются с лечебной педагогикой, т. е. воспитательными воздействиями,

направленными на коррекцию негативных (в том числе патологических) черт личности, и на стимуляцию положительных сторон характера пациента.

Есть болезни, ликвидация которых еще не под силу современной медицине; есть расстройства, которые излечиваются главным образом благодаря компенсаторным свойствам человеческого организма. Наконец, существуют нарушения, излечение которых вполне во власти врача (тем более, если на его стороне удивительная способность человека к компенсации и репарации своих дефектов); недержание мочи и кала относятся главным образом к последней группе расстройств. Лечить и излечивать недержание мочи и кала — это прямой профессиональный долг врача, это прозаическая, обыденная сторона его деятельности. Важно, чтобы врач не утратил терпения и энтузиазма, иначе он будет равнодушен к своим пациентам и не сможет помочь им даже при таком прогностически благоприятном нарушении, как недержание мочи и кала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Антонов Н. М., Лачинова И. Н. Амбулаторное лечение иглоукалыванием больных с ночным недержанием мочи. Урол. и нефрол., 1974, № 4, с. 44—46.

Асимов А. А. Лечение ночного энуреза «точечной» новокаиновой блокадой. — В кн.: Труды Ленинградск. ин-та усов. врачей им. С. М. Кирова, 1972, вып. 119, с. 4.

Бадалян Л. О. Ночной энурез в клинико-генетическом освещении. — В кн.: Материалы к Всероссийской конференции «Ночной энурез». Курск, 1969, с. 10—12.

Бесидская А. К. К вопросу о роли наследственности при ночном недержании мочи. — В кн.: Матер. 3-го Республиканск. съезда детск. врачей Белоруссии. Минск, 1975, с. 193—194.

Бредикис Ю., Казакевичус П., Валентинас Ю. и др. Интраанальная электростимуляция при недержании кала и мочи. — В кн.: Электрическая стимуляция органов и тканей. Каунас, 1975, с. 230—231.

Брязгунов И. П., Яцык П. К. О лечении ночного энуреза у детей (по поводу статьи Ю. М. Лейдмана «Гипноз и внушение при лечении ночного энуреза у детей и подростков» в журнале «Советская медицина», 1971, № 9). — Сов. мед., 1974, № 11, с. 120—122.

Брязгунов И. П., Мирзоян Н. С., Надточий А. С. К вопросу об этиологической оценке ночного недержания мочи. — В кн.: 16-й Конгресс педиатров. Прага, 1971, с. 24—24.

Брязгунов И. П., Буянов М. И., Шпрехер Б. Л. и др. Клиника и лечение энуреза в детском возрасте / Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1977.

Буянов М. И. Профилактика и лечение некоторых невротических реакций у детей. — Бийск, 1964. — 19 с.

Буянов М. И. Невротические расстройства у детей и подростков с хроническими инвалидизирующими урологическими заболеваниями. — В кн.: Четвертый симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 167—170.

Буянов М. И. Недержание кала и мочи. — Мед. сестра, 1976, № 6, с. 40—43.

Буянов М. И. Патологическое формирование личности тормозимого типа у детей и подростков с инвалидизирующими урологическими заболеваниями. — Журн. невропатол. и психиатр., 1976, № 10, с. 1543—1547.

Буянов М. И., Богданова Е. В. О патологическом формировании личности у детей и подростков с неврозоподобным заиканием и недержанием мочи. — В кн.: Неврозы: Материалы республиканской конференции невропатологов и психиатров УССР. Харьков, 1974, с. 194—197.

Буянов М. И., Драпкин Б. З. Клиника, отграничение и принципы лечения невротического и неврозоподобного энуреза и заикания у детей и подростков. — В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. М.: ЦОЛИУВ, 1973, с. 45—67.

Винцель Н. Н. Психотерапия в лечении ночного энуреза у детей. — В кн.: Актуальные вопросы психотерапии. Краснодар, 1975, с. 68—70.

Владимирова Н. А. Физические методы в комплексном лечении ночного недержания мочи у детей. — М.: ЦОЛИУВ, 1970. — 16 с.
В[illegible]ачин В. С. Лечение дневного энкопреза у детей. — Здравоохранение (Кишинев), 1974, № 3, с. 41—43.
Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. — Л.: Медицина, 1977. — 271 с.
Головакина А. Н., Мельничук П. В., Сосновская Л. С. Опыт лечения ночного недержания мочи энурезолом. — В кн. Материалы к Всероссийской конференции «Ночной энурез». Курск, 1969, с. 80—81.
Горелик З. А. Гипнотерапия ночного энуреза. — Здравоохр. Белоруссии, 1967, № 3, с. 72—73.
Грищенко М. П., Шаповал В. И., Клепиков Ф. А., Арнольди Э. К. Лечение ночного энуреза внушением наяву, в гипнозе и самовнушением. — В кн.: Материалы к Всероссийской конференции «Ночной энурез». Курск, 1969, с. 54—57.
Данилевский В. Ф. О роли психотерапии при комплексном лечении энуреза у детей и подростков. — В кн.: Вопросы детской неврологии и психиатрии. Киев, 1971, с. 134—135.
Державин В. М., Вишневский Е. Л., Пидгвич И. Н. Урологические аспекты энуреза. — В кн.: 5-й Пленум Всесоюзного научного общества урологов. / Тезисы докладов. Л., 1981, с. 73—77.
Джавахишвили А. А., Долидзе Е. И., Эсадзе И. А. Об эффективности криорефлексогенного метода лечения у больных со спонтанным энурезом. — Сообщения АН ГССР (Тбилиси), 1980, т. 97, № 3, с. 701—704.
Дмитриева И. В. Опыт амбулаторной групповой психотерапии ночного энуреза у детей младшего школьного и подросткового возраста. — В кн.: Вопросы психиатрии и психотерапии. Тамбов, 1977, с. 552—554.
Долецкий С. Я., Королькова И. А., Румянцева Г. Н., Терехов Ю. П. Диагностика и лечение эктопии устья добавочного мочеточника у детей. — Хирургия, 1971, № 5, с. 148—153.
Долецкий С. Я., Шульман С. А. Деонтология и гипнотерапия в детской хирургии. — В кн.: Руководство по психотерапии. / Под ред. В. Е. Рожнова и др. Изд. 2-е. Ташкент, Медицина, 1979, с. 540—559.
Духанов А. Я. Ночное недержание мочи у детей. — Медгиз, Л., 1940. — 88 с.
Духанов А. Я. Недержание кала у детей. — Л., Медгиз, 1950. — 56 с.
Духанов А. Я. Ночное непроизвольное мочеиспускание. — В кн.: Материалы к Всероссийской конференции «Ночной энурез». Курск, 1969, с. 66—74.
Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1982. — 216 с.
Зорин Н. М., Дмитриева Т. Н., Дмитриева И. В. О психотерапевтической значимости самовнушения при ночном энурезе. — В кн.: Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1973, вып. 2, с. 160—162.
Ковалев В. В. Непроцессуальные неврозоподобные состояния у детей и подростков (вопросы систематики и отграничения). — Журн. невропатол. и психиатр., 1971, № 10, с. 1518—1524.
Колесников Г. Ф., Пирогов В. А., Немирович Л. И. и др. Лечение ночного недержания мочи методом электростимуляции. — В кн.: 5-й пленум Всесоюзного научного общества урологов. Тезисы докладов. Л., 1981, с. 105—106.

Кролькова И. А., Шульман С. А. Лечебная физкультура и гипноз при операциях на шейке мочевого пузыря у детей с недержанием мочи органического происхождения. — В кн.: Современные проблемы педиатрии и детской хирургии. М.: Медицина, 1970, с. 155—157.
Крокос М. И. К вопросу об условнорефлекторной терапии энуреза.— В кн.: Современные методы реабилитации в неврологической клинике. М.: Медицина, 1979, с 84—87.
Кубьяс Э. И., Левин А. Н. О лечении энкопрезов у детей. — Педиатрия, 1980, № 2, с. 67.
Кузнецова З. П., Иволина Н. А., Голиков В. И. Функциональная недостаточность анального жома у детей, страдающих энурезом, и его динамика после стимуляции синусоидальными модулированными токами низкой частоты. — В кн.: Труды Крымск. мед. ин-та, 1976, т. 68, с. 84—86.
Ласков Б. И. Проблемы энуреза. — Медицина, М.: 1966. — 290 с.
Ласков Б. И., Креймер А. Я. Энурез. — М.: Медицина, 1975.
Лейдман Ю. М. Гипнопсихотерапия как этнопатогенетический метод лечения ночного энуреза у детей и подростков. — Педиатрия, 1978, № 1, с. 84—85.
Лерман К. С., Зехова О. Ф. Опыт применения лечебной физкультуры при неврозоподобной форме энуреза. — В кн.: Научно-практическая конференция по детской психоневрологии / Тезисы докладов. М., 1973, с. 83—84.
Липовецкая Н. Г. К патогенезу энуреза у близнецов. — В кн.: 4-й Симпозиум детских психиатров социалистических стран. М.: 1976, с. 67—69.
Мухтаров А. М., Шукуров Б. М., Яхин Б. С. Иглорефлексотерапия энуреза. — В кн.: 5-й пленум Всесоюзного научного общества урологов / Тезисы докладов. Л., 1981, с. 112—113.
Островский Е. А. Противоестественный задний проход у детей. — Автореф. дис. канд., Л., 1967. — 15 с.
Остропольская Е. А., Богданов С. В., Немилова Т. К. Ошибки в диагностике ночного недержания мочи у детей. — В кн.: Материалы к Всероссийской конференции «Ночной энурез». Курск, 1969, с. 38—39.
Оксигенотерапия при ночном недержании мочи у детей и подростков: Методическое письмо. Составлено Соколинским И. Р. М., 1967.— 13 с.
Панкратов К. Д., Титов В. В., Одинцов Б. П., Малышев Н. А. О причинах энуреза у детей. — В кн.: 5-й пленум Всесоюзного научного общества урологов / Тезисы докладов. Л., 1981, с. 82—83.
Парджанадзе Н. Р. Лечение детского энуреза синусоидальными модулированными токами. — В кн.: Курортные и физиотерапевтические факторы в лечении и профилактике заболеваний. Тбилиси, 1975, т. 2, с. 879—383.
Пашинова Н. И. Иглотерапия при вторичном ночном энурезе. — В кн.: Труды Ленинградск. ин-та усов. врачей им. С. М. Кирова, 1972, вып. 119, с. 79—80.
Порудоминский И. М., Кочетков В. Д., Штанько Г. Г. К патогенезу и терапии ночного недержания мочи у детей. — Урол. и нефрол., 1969, № 5, с. 41—44.
Рацюте-Бутинавечене С. В. Лечение энуреза у детей. — Здравоохр. Белоруссии, 1966, № 11, с. 66—67.
Ромен А. С., Чижова И. В. О применении психотерапии и оксигенотерапии при ночном недержании мочи в детском возрасте. — В

кн.: Психоневрология. Психотерапия. Психология. Алма-Ата, 1972, с. 222—225.

Савченко Н. Е., Державин В. М. Эписпадия. — Минск, Беларусь, 1976. — 168 с.

Садыкова С. А., Нигманова С. Х. Комплексное лечение детей, больных энурезом, ташкентской минеральной водой и озокеритом. — В кн.: Актуальные вопросы курортологии и физиотерапии. Ташкент, 1977, с. 43—44.

Севостьянова Н. А. Применение метода электростимуляции в лечении энуреза. — В кн.: Электростимуляция органов и тканей. Киев, 1979, с. 336—337.

Скориков И. И., Голубенко В. Е. Иглорефлексотерапия энуреза у детей. — В кн.: 5-й пленум Всесоюзного научного общества урологов / Тезисы докладов. Л., 1981, с. 114—115.

Смирнов В. А. Ночное недержание мочи. — М.: Медгиз, 1957. — 114 с.

Сухоруков В. И. Психотерапия энуреза в амбулаторных условиях. — В кн.: Профилактика психоневрологических расстройств у школьников и учащихся подростков. Харьков, 1980, с. 65—66.

Тарасюк В. С. Энурезол и новокаин в лечении ночного недержания мочи. — Здравоохранение (Кишинев), 1978, № 4, с. 41—43.

Тихонравова Ж. Ф. Условно-рефлекторная терапия энуреза электросном. — В кн.: Физические факторы в комплексном лечении заболеваний нервной системы. Томск, 1977, с. 89—96.

Трапезникова М. Ф., Королькова И. А., Алпатов В. П. Энурез — симптом инфравезикальной обструкции у детей. — В кн.: 5-й пленум Всесоюзного научного общества урологов / Тезисы докладов. Л., 1981, с. 90—91.

Файнштейн Л. Е. Об эффективности физиотерапевтических методов лечения в комплексной терапии детей, страдающих ночным недержанием мочи. — Здравоохр. Белоруссии, 1971, № 3, с. 74—75.

Черкашев Н. И. Лечение энуреза у детей. — Вопр. курортол., физиотер. и леч. физ-ры, 1972, № 6, с. 555—556.

Чернявская Э. В. Из опыта реабилитации детей, страдающих энурезом, в условиях санаторно-оздоровительного лагеря. — В кн.: Материалы теоретической и клинической медицины. Томск, 1975, вып. 5, с. 133—136.

Шевцов И. П., Левковский Н. С. Принципы лечения больных, страдающих непроизвольным мочеиспусканием во сне. — В кн.: 5-й пленум Всероссийского научного общества урологов / Тезисы докладов. — Л., 1981, с. 99—100.

Эдельштейн Э. А. К вопросу о лечении энуреза у детей. — В кн.: Материалы к Всероссийской конференции «Ночной энурез». Курск, 1969, с. 109—113.

Экелова-Багалей Е. М. Психотерапия в лечении и реабилитации детей, страдающих невротическим энурезом. — В кн.: 4-й Симпозиум детских психиатров социалистических стран. М., 1976, с. 394—398.

Юнко М. А., Гусар П. М., Мороз А. М. Опыт лечения ночного недержания мочи монохроматическим красным светом. — В кн.: Проблемы биоэнергетики органов и стимуляция лазерным излучением. Алма-Ата, 1976, с. 121—122.

Юрченко Е. П., Дегтярь Н. Н. Психотерапия, дидактика и медико-педагогические воздействия в системе лечения энуреза у детей среднего, старшего и подросткового возраста. — В кн.: Мате-

риалы к Всероссийской конференции «Ночной энурез». Курск, 1969, с. 51—54.
Яцков Л. П. Применение психотерапии при ночном недержании мочи. — В кн.: Биологические и медицинские исследования на Дальнем Востоке. Владивосток, 1971, с. 252—255.
Яцык П. К., Брязгунов И. П. Энурез и урологические заболевания у детей. — В кн.: 5-й пленум Всесоюзного научного общества урологов / Тезисы докладов. Л., 1981, с. 81—82.

Andrašinova O., Böör J. Rozbor enuresis nocturna v našom klinickom materiali. — Čs. Psychiat., 1965, vol. 61, p. 395—401.
Asperger H. Enuresis. — In: Die Prognose chronischer Erkrankungen. Berlin, 1960, S. 339—341.
Binder H. Kasuistische Beiträge zur Behandlung der Enuresis durch AT der Mütter — Prax. Psychother., 1961, N 6, S. 182.
Collison D. R. Hypnotherapy in the management of noctural enuresis. — Med. J. Austr., 1970, vol. 10, p. 52—54.
Diesing U. Über die Indikationen des AT bei Enuretikern. — Praxix Psychother., 1964, Bd 9, S. 68.
Gromska J. Enkopresis — proba kwalifikacyi etiologiczney u dzieci. — Psychiat. pol., 1967, vol. 1, p. 277—283.
Gromska J. Moczenie mimowolne jako nawarstwienic newicowe u dzieci z organicznym uszkodzenien mozrgu (proba kwalifikacyi etiologiczney). Psychiat. Pol., 1968, vol. 2, p. 1—7.
d'Hollander L., Vaneck L. Traitement de l'enuresie par l'Imipramine et l'Amitriptyline chez des enfants arrieres. — Acta Neurol. Belg., 1967, vol. 67, p. 359—375.
Kohler C., Aimaro P. Encopresis, syndrom psychosomatique. — Pediatrie, 1963, vol. 18, p. 909—932.
Lempp R. Enuresis nocturna und Epilepsie. — Z. Kinderheilk., 1965, Bd 92, S. 324—329.
Lindner A. M. Enuresisbehandlung bei Verschiedenenkindlichen Persönlichkeiten. — Psychiat., Neurol., med. Psychol., 1963, Bd 15, S. 31—36.
Margolis L. H. Control of enuresis with Imipramine. — Amer. J. Psychiatr., 1962, vol. 119, p. 269—270.
Martinius J., Mies U., Dera M., Tiesler J. Kinder mit inneren Fehlbildungen, die im Säuglingsalter operiert. Wurden familiäre und Entwicklungsprobleme. — In: Chronische Kranken Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart, 1981, S. 69—74.
Michaels J. J. Enuresis in murderous aggressive children and adolescents. — Arch. gen. Psychiat., 1961, vol. 5, p. 490—493.
Pereira Bussum E. Enuresis nocturna behandeld Volgens de Werkkermethode. — Ned. T. Geneesk., 1961, vol. 18, p. 867—870.
Sperling M. Dynamic considerations and treatment of enuresis. — J. Amer. Acad. Child. Psychiat., 1965, vol. 4, p. 19—31
Valkova Z. Enuresis a june poruchy močeni. — Rraha, 1971.

M. I. BUYANOV. «The Problem of Having no Control of Keeping Urine and Faeces». Medicine, 1985.

The work is devoted to the complex (psychopathological, urological, neurological, proctocological) investigation of different aspects of having no control of keeping urine and faeces concerning patients of different age (mainly children and teenagers). There are detailed recomendations for treatment and prophylactic measures given, based on the differentiated approach to this subject. This book is intended for medical workers of different occupations.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Часть третья

Лечение недержания мочи и кала

Михаил Иванович Буянов

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ И КАЛА

Зав. редакцией **А. Р. Ананьева**
Редактор **А. И. Берестов**
Редактор издательства **Л. В. Левушкина**
Художественный редактор **О. А. Четверикова**
Оформление художника **А. Э. Казаченко**
Технический редактор **Г. Н. Тюрина**
Корректор **Н. М. Рутман**

ИБ 3894

Сдано в набор 03.04.84. Подписано к печати 10.07.84. Т-02600. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бумага кн. журн. Гарнитура «Литературная». Печать высокая. Усл. печ. л. 9,66. Усл. кр.-отт. 9,87. Уч.-изд. л. 11,54. Тираж 50.000 экз. Заказ 2785. Цепа 70 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», 103062, Москва, Петроверигский пер., 6/8

г. Калинин. Областная типография.

К сведению читателей!

Из плана выпуска литературы издательства «Медицина»


Психогигиена детей и подростков / Под ред. **Г. Н. Сердюковской (СССР), Г. Гёльница (ГДР)** (Совместное издание СССР — ГДР). — М.: Медицина, 1985. — 16 л., ил. — В пер.: 1 р. 90 к. 7 000 экз.


Монография посвящена вопросам охраны психического здоровья детей и подростков, выявлению биологических и социальных факторов риска нервно-психических нарушений и разработке мер своевременной их профилактики. Особое внимание уделено психогигиеническим проблемам воспитания и обучения, методам педагогической и медицинской коррекции задержек умственного развития и путям психосоциальной реабилитации детей и подростков с аномалиями психического развития.

Для педиатров, гигиенистов, психофизиологов и педагогов.

Книги издательства «Медицина» поступают для продажи в специализированные книжные магазины и магазины, имеющие отделы медицинской литературы.

Издательство «Медицина» распространением выпускаемой литературы не занимается.


телей!
ературы
дина»
ред. Г. Н. Сердю-
) (Совместное изда-
на, 1985. — 16 л.
храны психического
ю биологических и
ческих нарушений
офилактики. Особое
роблемам воспита-
й и медицинской
и путям психо-
ков с аномалиями
ологов и педаго-
ают для продажи
магазины, имею-
ием выпускаемой
БИБЛИОТЕКА №3-1
0 980003 394347



70 коп.

М. И. Буянов НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ И КАЛА